

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

**TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI JAKO ÚČINNÁ
PREVENCE PATOLOGICKÉHO STÁRNUTÍ**

Memory Training as an Effective Prevention of Pathological Aging

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Marie Helebrantová

Praha 2011

Čestné prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně jen s použitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 11. března 2011

.....

podpis

Poděkování:

Ráda bych upřímně poděkovala vedoucí práce RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za vstřícný přístup, cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále Thomayerově nemocnici (vrchní sestře Mgr. Evě Brezíkové) a Mgr. Kvetoslavě Hoškové za přátelské a zároveň odborné vedení a ochotu během mé praxe. V neposlední řadě rodině za podporu a Kačce za pomoc při grafické úpravě.

Anotace:

Tato bakalářská práce pojednává o efektivitě trénování/cvičení paměti seniorů. Trénink paměti přispívá nejen ke zlepšení poznávacích funkcí, čímž zabraňuje celkovému kognitivnímu úpadku v období stáří, ale má i významný společensko-psychologický efekt. Teoretická část se zabývá obecnými znaky stáří, snaží se o přiblížení procesu stárnutí a jeho vlivu na poznávací funkce. V praktické části se více akcentuje celkově přiměřená aktivizace, její formy i aktuální nabídka. Zejména se praktická část opírá o sledování příznivého dopadu tréninku paměti na pacienty fakultní nemocnice. Část práce je věnována shrnutí výsledků výzkumu MŠMT, ověřujícího efekt kurzů trénování paměti u kognitivně zdravých seniorů.

Klíčová slova:

Trénink paměti, aktivizace, senior, kognitivní funkce, stárnutí.

Annotation:

This bachelor thesis focuses on the efficiency of memory trainings in the elderly. Memory training exercises contribute not only to the improvement of cognitive functions, by the means of which they prevent the deterioration of cognitive capabilities in the old age, but they also have a significant social-psychological effect. The theoretical part of this work elaborates on general symptoms of aging; its purpose is to closely describe the process of aging and its impact on human cognitive functions. In the practical part, the importance of adequate memory activation is being accented, along with the description of its forms and availability of activation care in the Czech healthcare system. The information provided in the practical part is mostly based on an empirical observation of positive influence of memory training in patients of a teaching hospital. The final part of the work summarizes findings of a research project, conducted by the Czech Ministry for Education, Youth and Sports, where effects of memory training courses attended by elderly people with unimpaired cognitive functions were examined.

Keywords:

Memory training, activation, senior, cognitive functions, aging.

Seznam použitých zkratk:

TP – Trénink paměti

ČSTPMJ – Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging

AN – Alzheimerova nemoc

TN – Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

MMSE – Mini-Mental State Examination

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

OSN – Organizace spojených národů

Obsah

Teoretická část

Úvod.....	6
1. Periodizace stáří.....	7
1.1 Kalendářní (chronologické) stáří.....	7
1.2 Biologické stáří.....	8
1.3 Sociální stáří.....	9
2. Typologie stárnutí	10
2.1 Polymorbidita a multimorbidita.....	11
3. Paměť	12
3.1 Typy paměti – hledisko obsahové a časové	12
4. Poruchy paměti ve vyšším věku.....	15
4.1 Diagnóza poruch paměti	16
4.1.1 Mini-Mental State Examination (MMSE) - test kognitivních schopností	16
5. Syndrom demence	18
5.1 Formy demence	18
5.2 Alzheimerova choroba.....	19
6. Význam aktivace seniorů	22
6.1 Metody aktivizace ve stáří.....	25
7. Trénink paměti	29
8. Rozvoj trénování paměti v České republice	31

Praktická část

Úvod.....	32
9. Trénink paměti podle cílové skupiny	33
9.1 Aktivní populace s důrazem na věkovou kategorii počínajícího stáří.....	33
9.2 Seniori důchodového věku, navštěvující sociální zařízení, schopní aktivizace v zařízeních.....	36

9.2.1	Praxe v Thomayerově nemocnici.....	36
9.2.2	Organizace tréninků v Thomayerově nemocnici	37
9.2.3	Vlastní charakter tréninků paměti.....	38
9.2.4	Ukázky průběhu konkrétních hodin.....	39
9.2.5	Práce s jednotlivými pacienty	44
9.2.6	Shrnutí výsledků práce se seniory v Thomayerově nemocnici.....	50
9.3	<i>Nemocní a neaktivní senioři potřebující péči a impuls z vnějšku.....</i>	<i>51</i>
9.3.1	Kazuistická studie	51
10.	Efektivita trénování paměti	55
10.1	<i>Projekt MŠMT z roku 2009</i>	<i>55</i>
Závěr.....		60
Literatura		62
Seznam příloh		66

Úvod

Ve své práci bych ráda poukázala na to, jak je důležitá přiměřená aktivizace a prodlužování soběstačnosti v pozdním věku. Současný demografický vývoj sleduje rostoucí počet seniorů, kteří se dožívají vysokého věku. Proto je třeba brát v úvahu jejich stav a přizpůsobovat nabídku aktivit, které je mohou nejen bavit, ale i všestranně pomáhat.

S tématem tréninku paměti seniorů jsem se poprvé setkala na veřejné přednášce v rámci Týdne paměti v roce 2010, který pořádala Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Zde jsem poprvé slyšela Mgr. Kvetu Hoškovou, která zaujatě a zajímavě hovořila o tréninku paměti v nemocnici. Tato myšlenka mě velmi zaujala a podnítila můj hlubší zájem o využití tréninku právě v nemocničním prostředí. Aktivizovat seniory, kteří docházejí, nebo jsou dlouhodobě umístěni v nějakém ústavním zařízení, mi přijde jako smysluplné vyplnění volného času, které senioři ocení jak po stránce společenské, tak i po stránce zdravotní.

Ve své práci se snažím poukázat na význam pravidelného trénování paměti, které se může stát preventivní metodou eliminující negativní důsledky stárnutí a může hrát důležitou roli zejména v udržení duševního zdraví ve vysokém věku. Trénink kognitivních funkcí zvládne v podstatě každý. Jde jen o to si uvědomit, že i mozek je možné vycvičit, využít jeho potenciál a že paměť nemusíme s věkem zákonitě ztratit, ale že ji lze aktivně zaměstnávat do vysokého věku.

V teoretické části se zabývám stárnutím obecně a jeho vlivu na poznávací funkce, přibližuji zásady tréninku paměti a jeho rozvoj v ČR. Praktická část je věnována třem cílovým skupinám seniorů, u kterých zmiňuji některé vhodné aktivizační techniky s důrazem právě na paměťový trénink. Dále široce popisuji poznatky ze své praxe v Thomayerově nemocnici. Ke konci práce stručně popisuji projekt, zkoumající efektivitu tréninku paměti. V závěru shrnuji základní poznatky a myšlenky vyplývající z této práce a nastiňuji vlastní podněty, jak efektivněji propagovat a využívat potenciál tréninku paměti ve vyšším věku.

Zkušenosti, které jsem nasbírala během praxe v nemocnici a psaní této práce bych ráda využitovala zejména při kontaktu se svými prarodiči a snad i ve svém dalším profesním uplatnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Periodizace stáří

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) byl za počátek stáří označen věk nad 60 let. Podle OSN je za počátek stáří považována až hranice 65 let. Další členění je pak různé a další věkové kategorie se určují podle různých kritérií.

1.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Vymezení přesného časového údaje, který by stáří definoval, je složité. Jak známo, délka života se prodlužuje a s ní se posunuje i hranice jak všeobecného, tak subjektivního vnímání stáří.

Světová zdravotnická organizace na základě členění podle patnáctiletých cyklů uvádí následující rozdělení:

60 – 74 let – počínající stáří

75 – 89 let – vlastní stáří

90 a více let – dlouhověkost

V poslední době se uvádí toto členění:¹

65 – 74 – mladí senioři (převážně problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit a seberealizace)

75 – 84 – staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)

85 a více – velmi staří senioři (sledování soběstačnosti a zabezpečení)

Z toho je zjevné, že se nejvíce opakuje zásadní a kritický bod kolem 75 let věku.

¹Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie (1. díl – Gerontologie obecná a aplikovaná)*, Karolinum, Praha, 1997, str. 22.

1.2 Biologické stáří

Biologické (neboli funkční) stáří se velmi těžko přesně vymezuje. Úzce souvisí s celkovou sníženou výkonností organismu a probíhajícími involučními změnami. Potíž v určení biologického stáří spočívá v tom, že lidé stejného kalendářního věku vykazují různé biologické stáří. Tento věk však nejvíce odpovídá skutečnému stavu celého organismu. Známky stárnutí se totiž projevují jak tělesně, tak duševně.

Tělesné změny

- typická je atrofie a opotřebování orgánů
- zpomaluje se látková výměna, snižuje se spotřeba O₂, zpomaluje se syntéza bílkovin
- snižuje se hmotnost v důsledku úbytku svalové hmoty a podkožního tuku
- kůže je vráscitá, ztrácí svou elasticitu, je suchá, objevují se pigmentové skvrny, vrásky
- dochází k šedivění, řídnutí a vypadávání vlasů
- zvyšuje se náchylnost k úrazům a nemocím (oslabení imunitního systému)
- dochází ke změně na vnitřních orgánech (zhoršuje se činnost srdce, ledvin, plic, jater)
- snížena sekrece žláz s vnitřní sekrecí, činnost některých žláz je zastavena (např. pohlavní)
- nervový systém je méně odolný vůči zátěžovým situacím, stárnutí mozku (snížená váha, objem i počet buněk, snížení používání CNS)
- zhoršení smyslového vnímání (hmat, zrak, sluch, chuť, čich)

Psychické změny

- ztráta paměti (zejména krátkodobé)
- pokles inteligence
- ztráta soudnosti, obtížná komunikace
- objevuje se menší nápaditost, vynalézavost (racionalizace situací)
- zpomalení psychomotorického tempa, změna prožívání času
- řešení situací a úkolů pomaleji, lpění na tradičních zvycích
- poruchy spánku
- labilita emocí
- převládá touha po soukromí a pohodlí, nižší tolerance k zátěži
- stabilita některých psychických funkcí (např. slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt)
- typické rysy osobnosti získávají na své intenzitě, nebo naopak upadají²

² Červenka, Václav. *Problematika stáří*. Microsoft Powerpoint [online]. Pražská diecéze CČSH, PL Bohnice: c2011 [cit. 2010-12-15]. Dostupné z WWW: <www.husiti.cz/ccshpd/attach/stari.ppt>.

1.3 Sociální stáří

Sociální stáří velmi úzce vymezují sociální role, které se váží k určitému věku. Průběh života lze obecně rozčlenit do několika etap, které souvisí se splněním určitých kritérií, ke kterým se pak váží určitá společenská očekávání. Jde tedy o:³

- 1) *Předproduktivní věk* („*První věk*“), který je spojován se vzděláváním, s výběrem budoucí profesní dráhy a s přípravou na ni.
- 2) *Produktivní věk* („*Druhý věk*“), od kterého se očekává produktivita jak v oblasti ekonomické, sociální, tak biologické (založení rodiny).
- 3) *Postproduktivní věk* („*Třetí věk*“) je dáván do souvislosti se sociálním stářím, odchodem do důchodu a vypořádáváním se s novými životními zkušenostmi.

Můžeme se setkat i s termínem „*Čtvrtý věk*“, *neboli fáze závislosti*. Ta v našem výčtu ale není úplně na místě, protože obecným cílem je zdravé stáří, které by mělo být až do nejvyššího věku soběstačné. Na rozdíl od vnímání tohoto postproduktivního věku jako období „za zenitem“, se v současnosti prosazují trendy celoživotního osobnostního rozvoje, vzdělávání apod., které dávají možnost věnovat se nové životní náplni.

Změny sociálního postavení jsou vyvolané zejména odchodem do důchodu, změnou ekonomického zabezpečení, změnami vztahů v rodině (úmrtí partnera, přátel), pocitem izolace (osamocení), pocitem závislosti na druhých, neprospěšnosti, obtěžování druhých atd.⁴

Vágnerová v kapitole Vývojové psychologie II. věnované stáří uvádí, že stárnutí přináší individuálně variabilní zhoršení somatického i psychického stavu a změny vzhledu (které mohou signalizovat stav jeho psychosomatického stavu). Základem *primárního* stárnutí jsou genetické dispozice. *Sekundární* stárnutí je podmíněno vnějšími podmínkami. Za *zdravého* člověka je považován ten, který netrpí zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je *soběstačný*. Subjektivní postoj k vlastním obtížím nabývá velkého významu. Vývojovým úkolem stáří je dosažení integrity v pojetí vlastního života. Stáří lze tedy chápat jako výsledek procesu individualizace a může být z tohoto hlediska považováno za období vrcholu osobnostního rozvoje.⁵

³ Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*.

⁴ Tamtéž.

⁵ Vágnerová, Marie. *Vývojová psychologie II. (Dospělost a stáří)*, Karolinum, Praha, 2007.

2. Typologie stárnutí

V dnešní době se akcentuje zejména zkvalitňování života ve stáří a oddálení nemocností, které by se dalo vnímat jako „prodloužení středního věku“. Podle novodobého trendu, který vzešel z USA, je namístě se soustředit zejména na zlepšování zdravotního a funkčního stavu stárnoucích jedinců a na prevenci vzniku závislosti. To pak může pozitivně ovlivnit nejen kvalitu života a soběstačnost jedince, ale i významně redukovat nárůst dlouhodobé zdravotně-sociální péče.⁶

Stárnutí se dělí do tří skupin:⁷

- 1) **Obvyklé, normální** – zdravotní i funkční stav seniora, jeho sociální role a míra zdravotních obtíží a limitací odpovídá jeho vrstevníkům, normám v dané společnosti či mezinárodnímu standartu. Člověk je ale schopen samostatného a hodnotného žití.
- 2) **Úspěšné** – stav seniora je lepší než průměr, umožňuje plnou soběstačnost i tělesnou, psychickou i sociální aktivitu. Člověk je schopen žít plnohodnotným, samostatným životem, zůstává výkonný a tvořivý. Za vyvrcholení úspěšného stárnutí lze považovat dlouhověkost.
- 3) **Neúspěšné, patologické** – zahrnuje již závažné nemoci, které člověka omezují a rozvíjí závislost. Projevy a důsledky chorob jsou výraznější, nastupují neobvykle brzy a jejich průběh je urychlený. Patologické stárnutí se výrazně liší od běžného, normálního a přiměřeného z hlediska kalendářního věku.

Program stárnutí je geneticky podmíněn a je individuální. Základem úspěšného stárnutí je skutečnost, že stav organismu ve stáří je dán několika okruhy faktorů, z nichž některé jsou významně ovlivnitelné. Těmi hlavními jsou:⁸

- zákonitá biologická involuce
- chorobné procesy
- životní způsob (aktivita a pasivita)
- životní podmínky
- subjektivní hodnocení a prožívání

⁶ Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, str. 51.

⁷ Tamtéž.

⁸ Tamtéž, str. 52

2.1 Polymorbidita a multimorbidita

Tyto dva pojmy jsou pro období stáří typické a při práci se seniory bychom je měli brát v úvahu. V pokročilém věku se nevyhneme nemocem a jejich průběh je s rostoucím věkem komplikovanější vážnější. Pojmy polymorbidita a multimorbidita znamenají několik vyskytujících se chorob současně. Ty mohou postihovat více orgánů, vzájemně se ovlivňovat a navazovat na sebe. Časté jsou i netypické příznaky chorob a atypický průběh nemoci. Choroby ve stáří lze jen zřídla vyhojit beze zbytku a každá nemoc má vyšší sklon ke komplikacím. Přítomnost choroby ovlivňuje seniora daleko významněji než mladší jedince a hraje zásadní roli zejména ve vedení nezávislého života a míře soběstačnosti. Geriatrický pacient je „křehký“ jedinec, který se potýká s horší adaptabilitou a je dlouhodobě ohrožen dekompenzací funkčního stavu.

Důležitou roli hraje i zásadní spojení zdravotní a sociální problematiky, protože porucha zdraví starého člověka má vždy sociální důsledky, nemoc je sociální záležitostí. Stejně tak psychosociální problém (těžká životní událost), může vést k nápadnému zhoršení somatického stavu, ke komplikacím.⁹

⁹ Pacovský, Vladimír. *Geriatric – Geriatrická diagnostika*, Scientia Medica, Praha, 1994, str. 80.

3. Paměť

Paměť patří mezi základní lidské **kognitivní funkce**. Takové poznávací funkce nám slouží k tomu, abychom byli schopni reagovat na podněty z vnějšku a adaptovat se na ně. Kognitivní systém je rozdělen do několika oblastí, které se vzájemně prolínají a jedna druhou ovlivňují. Kromě paměti jde o *vnímání, pozornost, představivost, myšlení, inteligence a řeč*.

Jako jednotlivé části paměti můžeme označit mnoho psychických procesů, které se odehrávají v mozku. Proto se psychologové často a rádi uchylují k různým dělením a definováním specifických druhů paměti. Paměť nám slouží k tomu, abychom si dokázali vzpomenout na něco, co jsme se naučili nebo co jsme prožili. Je to jakési „sběrné úložiště informací“. Díky ní dokážeme nejen informace a podněty přijímat a ukládat, ale následně si je i vybavit.

Proto se nejčastěji proces zapamatování dělí do třech fází – **vstípení (recepce)**, **uchování (retence)** a **vybavení (reprodukce)**.

V souvislosti s pamětí se však děje v naší psychice mnohem více výkonů než jen tyto tři základní a její správné fungování ovlivňuje i mnoho dalších kognitivních funkcí, například myšlení. Samozřejmě není paměť neomylná a může být v jakékoli části zapamatování narušena. Pak se stává, že si na něco vzpomenout nemůžeme nebo si vzpomeneme chybně.

Paměť často neřešíme, její využití bereme jako věc přirozenou a stálou. Začneme ji však vnímat v případě, že nám „vypoví službu“. Proto je důležité si uvědomovat, že paměť není vrozená kvalita, která funguje bezpečně za všech okolností, ale je třeba o ni aktivně pečovat a lze ji vycvičit a trénovat.

3.1 Typy paměti – hledisko obsahové a časové

Paměť můžeme dělit podle jednotlivých typů a složek a z různých hledisek. Nejběžnějším hlediskem je *hledisko časové*, které obvykle zahrnuje tři odlišné druhy¹⁰:

1) **Senzorická (ultrakrátkodobá, okamžitá) paměť** – Zachycuje informace pomocí smyslových orgánů (analýzátorů), které informaci zachytí jen na krátkou chvíli. Tato paměť

¹⁰ srov. Preiss, M, Krivohlavý, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*, Grada, Praha, 2009.

je výrazně ovlivňována pozorností a svým způsobem působí selektivně na to, co si máme zapamatovat a co ne. Pokud jedním ze smyslových receptorů zachytíme informaci, udržíme si ji jen po velmi krátkou dobu, nezbytnou jen ke zpracování a rozhodnutí o jejím uložení do krátkodobé či dlouhodobé paměti. Tento výběr provedeme většinou za max. 20-30 sekund.

2) **Krátkodobá paměť** – V této paměti, která se jinak nazývá paměť pracovní či operativní, probíhá nejvíce psychických procesů, které jsou již charakteristické vědomou mozkovou činností. Oproti dlouhodobé má ale mnohem menší kapacitu. V této paměti tedy zpracováváme již vytríděné informace od smyslových receptorů. Tato paměť je omezena na 5-9 prvků, protože většina lidí si zapamatuje právě tolik položek. Tato kapacita je označována tzv. *magickým číslem* 7 ± 2 . Pro zachování informací v krátkodobé paměti je třeba si informace opakovat, jinak se ztratí (spontánně asi po 15 sekundách). Kapacita této paměti se může zvýšit, například mnemotechnickými metodami, memorováním, vizualizací či asociováním. Tato paměť nám slouží k tomu, abychom byli schopni vyřešit aktuální problémy a úkoly.

3) **Dlouhodobá paměť** – Tato paměť je už pamětí v pravém slova smyslu. Lze zde totiž udržet informace dlouhodobě, až celoživotně, a poskytuje nám k tomu dostatečný prostor. Zde se ukládají všechny informace, znalosti, zkušenosti a dovednosti nasbírané během života. Je tedy výsledkem procesu zapamatování nových informací. Ukládá jak současné, tak již dávno prožité události. Má tedy největší obsah, nejvíce odolává narušení či ztrátě informací a je tedy nejstabilnější.

Z hlediska *obsahu informací*, které do dlouhodobé paměti přicházejí, rozlišujeme další tři druhy této paměti:¹¹

- Epizodická - obsahuje vzpomínky na jednotlivé situace a události, zahrnuje časový, prostorový i citový rozměr
- Sémantická - obsahuje obecná fakta - pojmy, vědomosti a skutečnosti
- Procedurální (tzv. nedeklarativní – nelze popsat slovy, vypovědět)- zahrnuje metodické či řečové dovednosti, podmíněné reflexy, automatismy a jiné návyky, které se stávají takřka nevědomými.

¹¹ srov. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*, Grada, Praha, 2009, str. 13.

Dalších dělení je celá řada, například *dle formy ukládání* informací do paměti dělíme paměť sluchovou (akustickou), obrazovou (vizuální) a sémantickou.

Dále můžeme paměť dělit například na logickou a mechanickou.¹²

¹²*Poruchy paměti* [online]. 2007 [cit. 2010-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.poruchypameti.cz/co-je-pamet.html>>.

4. Poruchy paměti ve vyšším věku

Ve stáří je paměť ovlivněna nedostatkem paměťových funkcí a s tím souvisejícími potížemi v učení. V pokročilém věku se lidé musí potýkat s větší unavitelností i zhoršenou koncentrací pozornosti. Problémy dělá jak uložení a zpracování nových informací, tak i vybavení si dříve naučeného. Dochází i ke zhoršení smyslových vjemů, hůře zachycujeme okolní informace a špatně je interpretujeme.

Zhoršení paměti souvisí nejen s biologickými změnami, které stárnutí provázejí (funkční i strukturální změny v mozku), ale i s genetickými předpoklady, aktuálním zdravím, zkušenostmi a také s postojem k duševní činnosti. Uchování paměťových funkcí závisí na vzdělání a tím i související mírou užívání paměti.

K poruchám paměti, které souvisí s vyšším věkem, patří zejména mírná kognitivní porucha - **zapomínání**. To se dá popsat jako neschopnost vybavení si či rozpomenutí se na fakta či znalosti. Objevuje se také zhoršení zapamatování si, ať už úmyslně či neúmyslně. Toto zhoršování paměti je ve vyšším věku naprosto běžným jevem a má dokonce svůj název – „benigní zapomínání“.¹³

Zapomínání ve vysokém věku je poměrně běžná porucha, která nemusí člověka zásadně ovlivňovat v běžných aktivitách. U některých seniorů se ale jejich stav může zhoršit a přerůst až do stadia **demence**. Ta je nejběžnější formou, kdy dochází ke zhoršení paměťových funkcí. Ztráta paměti je totiž vždy základem této nemoci.

„Je velmi těžké najít hranici mezi poruchou paměti a demencí. Demence je závažná získaná porucha paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí, jež je na překážku běžným životním činnostem pacienta. Úbytek paměti v kterékoliv kognitivní oblasti (krátkodobé zapamatování, zraková paměť, autobiografická paměť, řeč, zrakovo-prostorová paměť, dovednost) můžeme nazvat poruchou paměti.“¹⁴

¹³ Samuel, David. *Paměť: Jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšovat*, Grada, Praha, 2002, str. 67.

¹⁴ *Poruchy paměti* [online]. 2007 [cit. 2011-02-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.poruchypameti.cz/co-je-porucha-pameti.html>>.

4.1 Diagnóza poruch paměti

Každý senior, který pociťuje (nebo jeho okolí na něm pozoruje) zhoršení paměti, by měl být vyšetřen odborníkem.

Existuje celá řada testů, které pacienta vyšetří na kognitivní funkce. K neznámějším patří Mini-Mental State Examination, Wechslerova škála paměti, WAB – test řečových funkcí, Rey-Osterrieth Complex Figure Test (matematické představy, orientace v prostoru, abstraktní myšlení), Clock Drawing test – kresba hodin, Test tří stromů, Stroopův test a Trail-Making Test (testy na rozdělenou pozornost).

4.1.1 Mini-Mental State Examination (MMSE) - test kognitivních schopností

Běžně používaným jednoduchým nástrojem, který dokáže odhalit úpadek psychologických funkcí, je MMSE test. Ten je pro svoji jednoduchost a rychlost dobře využitelný v sociální i pedagogické praxi.

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. Test měří a hodnotí několik kognitivních funkcí navzájem:

- Pozornost: odečítání sedmičky od čísla 100
- Orientace: časem, místem, vlastní osobou
- Paměť (krátkodobá): zapamatování si slov, čísel, obrázků a jejich spontánní vybavení
- Myšlení: schopnost abstrakce a symbolického myšlení (vysvětlením přísloví, rozdílu mezi slovy např. řeka - jezero)

Fáze testu, průběh

Na praxi v Thomayerově nemocnici jsem byla přítomna během provádění tohoto testu. Někteří pacienti k tomuto speciálnímu vyšetření přistupovali kladně a vstřícně, jiným to naopak připadalo hloupé, nemyslné a ponižující. Proto je třeba pacientovi vysvětlit princip a prospěch této metody a jednat s ním jako s rovnocenným partnerem.

Pacient dostane deset úkolů, které dle pokynů plní.

1. Orientace – datum, místo, město
2. Zapamatování – lopata, šátek, váza
3. Pozornost a počítání - odečítání 7 od 100

4. Paměť a vybavnost- reprodukce 3 předmětů
5. Pojmenování – Co je to?
6. Opakování – První pražská paroplavba / Žádné ale, jestliže a kdyby
7. Třístupňový příkaz - vezměte, přeložte, zvedněte
8. Čtení a splnění úkolu- Zavřete oči!
9. Psaní - Napsání věty s podmínkem a přísudkem
10. Obkreslování – průnik dvou pětiúhelníků

Vyhodnocení testu

30-27 bodů (Normální stav)

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

24-10 bodů (Demence mírná až středně těžká)

9-6 bodů (Demence střední až těžká)

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Proaktivní přístup

Porucha zapamatování

- dohled – asistence při užití léku, aplikace inzulínu
- dodržení pitného režimu, léčebného režimu
- narušená pravolevá orientace, problém při nácviku rehabilitace

Porucha prostorové orientace a vnímání

- problém najít cestu do pokoje, jídelny
- cestu zpátky na oddělení z vyšetření
- neschopnost vybavit si prostorové uspořádání, narážení do nábytku
- neodhadne vzdálenost při přesunu na pokojové WC
- neglekt syndrom – sní jídlo z půlky talíře, obleče si jen půlku těla

5. Syndrom demence

Demence je syndrom, který vzniká v důsledku zhoršujícího se chronického poškození mozku. Provází ho tedy skupina symptomů nebo rysů, které se objevují v kombinaci. Toto onemocnění ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit. Demence je vždy důsledkem choroby, nikdy není důsledkem pouhého stárnutí. Základem nemoci je vždy ztráta paměti a postupné zhoršování kognitivních funkcí. Proto považuji za důležité věnovat v této práci kapitulu právě této neléčitelné chorobě, drasticky postihující fungování poznávacích funkcí. Demence je důsledkem poškození mozkové tkáně a v naprosté většině případů je jedná o stav nevratný.¹⁵

5.1 Formy demence

Existuje mnoho typů demence. Nejčastější příčinou demence je **Alzheimerova choroba**, která je degenerativním onemocněním postihujícím mozkovou tkáň. Pojmenovaná je podle německého neurologa Aloise Alzheimerova, který ji poprvé popsal v roce 1907. Touto formou demence (Alzheimerova choroba v čisté formě), která má za podklad atroficko-degenerativní procesy, trpí asi 55% lidí s demencí.¹⁶

Druhou nejběžnější formu demence jsou **vaskulární demence**, které způsobuje poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Z nich je nejznámější takzvaná **multiinfarktová demence**, která se vyvíjí z mnoha mozkových infarktů, jež způsobují přerušení zásobování kyslíkem v různých částech mozku, což vyvolá odumření určitého mozkového okrsku.¹⁷

Často se objevuje kombinace právě vaskulární demence s Alzheimerovou nemocí.

Mezi další relativně vzácné poruchy řadíme mnoho demencí různých původů, jako například **Pickovu nemoc** (které se projevuje i nevhodným společenským chováním), **Parkinsonovu nemoc**, **demenci s Lewyho tělísky**, **Huntingtonovu demenci**,

¹⁵ srov. Holmerová, I, Jurašová, B, Zikmundová, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Česká alzheimerovská společnost, Praha, 2003, str. 49.

¹⁶ Tamtéž.

¹⁷ Jiráček, R, Holmerová, I, Borzová, C, a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*, str. 20.

Creutzfeldtovu-Jakobovu chorobu a jiné. Dále se demence může objevit v poslední fázi AIDS.

Hlavním rizikovým faktorem demencí je věk. Výskyt demencí se s věkem zvyšuje, proto se někdy mluví o demenci jako o „nemoci stáří“ (ačkoliv se občas vyskytuje i u osob mladších 65 let).¹⁸

5.2 Alzheimerova choroba

Jedná se o nejčastější demenci vůbec a tvoří minimálně polovinu všech demencí. Výskyt této choroby je u lidí vysokého věku poměrně častý – trpí jí téměř třetina populace starší 85 let. Objevuje se buď v čisté podobě, nebo ve smíšené formě, kdy se na rozvoji demence podílí ještě cévní poškození mozku či jiné typy demence. Tato nemoc způsobuje pomalé, progresivní odumírání mozkových buněk, tedy narušení mozku.¹⁹

„Potíže s diagnózou Alzheimerovi nemoci a jejím rozlišením od normálních výpadků paměti jsou z části způsobené její zrádnou přirozeností. V raných stádiích jsou typické znaky docela běžné a je snadné je zaměnit s normálním průběhem stárnutí.“²⁰

Onemocnění začíná velmi pozvolna a její rozvoj je nenápadný. Vývoj nemoci je u každého jiný, záleží na mnoha faktorech a i drobné projevy Alzheimerovy nemoci (dále AN) pociťují postižené osoby individuálně. V literatuře se nejčastěji setkáváme se schematickým dělením AN do tří stupňů:²¹

- lehká demence (rané stádium)
- střední demence (mírné stádium)
- těžká demence (pokročilé stádium)

V raném stádiu se obvykle projevuje *zhoršení kognitivních funkcí*. K prvním příznakům řadíme zejména *poruchy paměti*, a to ve všech jejích složkách. Nejvýrazněji však bývá postižena paměť krátkodobá a všímavost (zapamatování si) nových informací. Dále se obvykle brzy projeví *problémy s orientací v čase i prostoru* (zmatenost, bloudění). V raném stádiu se rozvíjí *zhoršení úsudku* (snížení až zánik logického uvažování), *soudnosti*,

¹⁸ Buijsen, Hub: *Demence (průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele)*, Portál, Praha, 2006.

¹⁹ Jiráček, R, Holmerová, I, Borzová, C, a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, str. 29.

²⁰ Samuel, David. *Paměť: Jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšovat*, str. 69.

²¹ Jiráček, R, Holmerová, I, Borzová, C, a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, str. 32.

koncentrace, snížení intelektu a zpomalení myšlení. Dochází k poruchám sociálního chování a citění, změnám osobnosti. Pacient se straní společnosti a přátel, ztrácí zájmy. Dále se mohou projevit poruchy nálad (zejména deprese). V důsledku postižení osobnosti je patrný egocentrismus a poruchy vyšších citů. Na druhou stranu se pacient může stát apatickým a přestat o sebe pečovat. Dalším významným projevem jsou poruchy řeči (obtížné hledání slov, ztráta průbojnosti).

Středně pokročilá demence je charakteristická dalším prohlubováním příznaků nemoci a zhoršení problémů. Výrazně se zde projevuje *porucha soběstačnosti*, při níž je nezbytný častý, až převážný dohled. *Pacient není schopen vykonávat běžné denní aktivity*, ztráta paměti ovlivňuje veškeré chování pacienta a jeho vztah k okolí. Zhoršení paměti se promítá do rodinného života, protože pacient často zaměňuje či zapomene jména členů rodiny. Objevují se *stavy zmatenosti, bloudění*, často i *halucinace (bludy)*. Problémy dělá *zhoršení řečového aparátu* (obtížná komunikace - formulace přání a potřeb) a *prohlubování změn osobnosti*.

Třetí stádium je provázeno *naprostou ztrátou soběstačnosti*, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc i v běžných sebeobslužných aktivitách. Tato fáze ve svém důsledku ústí až k *úplnému rozkladu osobnosti*. Vyskytují se *problémy s chůzí* (někdy je nutné upoutání na lůžko), *s přijímáním potravy i s udržením moči a stolice*. *Těžké poruchy paměti* způsobují aktuální *dezorientaci místem i časem* a způsobují, že pacient nepoznává okolí ani blízké osoby. Pacient nechápe okolní dění, není schopen souvisle komunikovat a ovládat své chování. Tělesné funkce slábnou a selhávají, pacient hubne a chátrá.

Péče o pacienta s AN klade na pečující osoby (zvláště v pokročilé fázi nemoci) neúměrné nároky, které jsou často nad jejich síly či možnosti. Přesto je důležitým aspektem snaha o co nejdelší udržení pacienta v domácím prostředí a v péči rodiny. Tato choroba přináší pro rodinu nemocného závažné změny. Je vystavena stresu, vyčerpání a často i beznaději. Péče o nemocného je náročná jak časově, tak finančně a rodina je většinou nucena změnit životní styl i běžný stereotyp.

Příčiny této choroby nejsou zatím zcela známy a tato choroba ještě nemá přesně definované etiologické hledisko. Jedná se o mnoho faktorů, které nemoc provázejí, podílejí se na jejím rozvoji, a které lze řadit mezi rizikové. Nejčastěji uváděné rizikové faktory jsou:²²

²² Pidrman, Vladimír. *Demence*, Grada, Praha, 2007, str. 41 - 42.

- vysoký věk
- pohlaví (u žen častější)
- dědičnost
- nízký stupeň vzdělání (odolnější je trénovaný mozek)
- opakované úrazy a otřesy hlavy

Jako spouštěče jsou nejčastěji uváděny *virové infekce, toxické vlivy prostředí* či *poruchy imunity*. Významnou roli hraje úbytek *acetylcholinu* (látky potřebná k přenosu nervových vzruchů), ke kterému zřejmě dochází kvůli ukládání *beta-amyloidu* (jinak běžně neškodné bílkoviny) ve formě tzv. plaků mezi mozkovými buňkami, které pak odumírají.²³

Kvůli současné neznalosti příčin vzniku AN je znemožněn optimální léčebný postup. Postup nemoci je ale možné ovlivnit, zpomalit a přispět ke zlepšení kvality života nemocného. Terapie by měla být komplexní, zahrnovat jak *farmakoterapii* (kognitiva, antidepresiva, neuroleptika, hypnotika, antixyloetika, a jiné), tak psychosociální terapii i tělesnou rehabilitaci.

Protože v současné době neexistuje žádný dostupný lék k úplnému vymýcení nemoci (ani tehdy, když je zachycena ještě v raných stádiích), vzniká velký počet organizací a společností, které se soustředí na vzájemnou pomoc a podporu i na výměnu praktických informací. Neustále vzniká nespočet odborných publikací, příruček a výzkumů plných nejrozumnějších informací o této nemoci, ale i cenných rad pro péči o pacienta. Existuje také řada společností (zejména Česká alzheimerovská společnost), které sdružují pacienty i rodiny, které pečují o člověka s AN. Fungují svépomocné skupiny, odlehčovací služby i poradenství určené lidem, kteří demencí trpí, i jejich rodinným příslušníkům.

Jisté ale je, že celoživotní různorodou aktivitou (různé hobby - cestování, společenské aktivity, návštěvy přátel a rodiny, neustálé učení a čtení knih a v neposlední řadě právě kognitivní trénink), můžeme průběh choroby zmírnit a aktivně se jí bránit.

²³ Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, str. 29.

6. Význam aktivace seniorů

Stáří je v současnosti hodně diskutovaným fenoménem, který má mnoho podob. S dramatickým demografickým růstem obyvatelstva a tím i zjevným stárnutím populace, se stalo stárnutí dlouhou životní etapou, kterou je třeba zkoumat, ovlivňovat její kvalitu a pracovat s ní. S příchodem civilizační krize na konci 20. století se začalo mluvit o tom, jak stáří zkvalitnit a vytvořit dobré předpoklady pro pohodlný a naplněný život starých občanů. O staré občany je smysluplné a účelné aktivně pečovat a usilovat o zabezpečení nemocných a závislých starých osob. Zcela jednoznačně zde pak může docházet ke zlepšení zdravotního i psychického stavu i k prevenci závislosti.

Stáří je stav, který označuje poslední fázi lidského života. Provází ho mnoho faktorů, které ho ovlivňují a působí na něj – zejména změna způsobu života, životních a sociálních podmínek a vyšším výskytem chorob. Tím, že je stárnutí nevyhnutelný a přirozený proces, můžeme se na změny s ním přicházející připravit a pokusit se nalézt nejvhodnější cesty, jak stárnutí zlepšit, zpomalit či se mu alespoň přizpůsobit.

Podle OSN jsou pro seniora důležité tyto zásady:

- nezávislost
- zařazení do společnosti
- péče
- seberealizace
- důstojnost

Aktivizace seniorů by se měla stát součástí úspěšného stárnutí právě pro svůj široký přínos po fyzické, duševní i sociální stránce. Jak ale uvádí Kalvach²⁴, zásadním bodem je aktivizace *přiměřená*. Základní myšlenkou, ze které aktivizace vychází, je ta, že člověk je tvor činný, že nečinnost je nepříznivá a je projevem chorobného stavu. Nečinnost ohrožuje člověka a snižuje kvalitu života.

²⁴ Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, str. 82.

Potřeba seniory aktivizovat tedy vychází z výše uvedeného předsevzetí, že člověk nesmí nečinnost dopustit, aby předešel všem možným patologickým jevům, které se ke stáří váží.

Zásadní je ale přistupovat ke každému člověku individuálně, protože přiměřená aktivizace by měla vycházet zejména z potřeb a možností seniora. Aktivizace by měla probíhat ideálně kontinuálně, celoživotně. Důležitá je zde individuální příprava na stáří a ta souvisí s tím, v jakém prostředí a jakým způsobem celý život žijeme. Je to právě záležitostí celkového životního stylu jedince i jeho charakterových vlastností a není tedy možné aktivizaci propagovat globálně stejnou pro všechny. Musí vždy vycházet z přání a možností konkrétního člověka. Dbát by se mělo na to, že pokud senior chce a může, aby uměl vyhledat nabízené služby a byl schopen tyto služby plně využít.

Tato teze ale souvisí s celkovým postojem společnosti k seniorské populaci. Zejména jde o to, aby společnost plně umožnila participaci seniora na společenském životě. Nezbytná je zde ochota se starým lidem přizpůsobovat, hluboce je respektovat a podporovat vzájemnou solidaritu generací.

V pořadí již druhý **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012** „Kvalita života ve stáří“, který je dostupný na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz), ustanovuje základní priority a cíle, které je nutné prosazovat napříč sektory a na všech úrovních veřejné správy (Zdraví a zdravému stárnutí je v tomto programu věnovaná kapitola 6):

- Aktivní stárnutí
- Prostedí a komunita vstřícná ke stáří
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- Podpora rodiny a pečovateli
- Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

*„Na zdravou a příznivou aktivizaci má vliv mnoho faktorů. V tom aby „mohl“ být člověk činnorodý, jestliže chce a umí, mu může bránit mnoho faktorů. Např. **finanční** či **bytové** (otázka vhodného sociálního zabezpečení ve stáří a sociální pomoci), **vztahové** (je mu bráněno okolím, obvykle rodinou), **psychické** (obava ze zesměšnění, odsouzení). Pasivita, nečinnost, může být způsobena i řadou zdravotních limitací (únava, dušnost, bolesti, poruchy*

chůze, poruchy zraku či sluchu aj.), které jsou překvapivě často odstranitelné při vstřícném přístupu zaměřeném alespoň na dílčí funkční zlepšení. “²⁵

Cílem je v současné době, aby staří občané prožili svoji poslední etapu života důstojně a kvalitně. Všeobecně (i mezi seniory samotnými) je stáří vnímáno jako doba odpočinku. I ten by měl však být stráven kvalitně, měl by mít nějakou náplň a obsah.

Jak ale dále Kalvach uvádí²⁶, i aktivizace má své hranice a může být „předávkována“ a nabývat nežádoucích forem. Zejména poukazuje na to, že se nesmí stát samoúčelnou či nesmí být taková, aby zbytečně trápila pacienta, jehož stav ani kvalita života nemohou být aktivizačními metodami zlepšeny.

„Naléhavá se jeví aktivizace u seniorů se smyslovými vadami, poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem a následným vznikem dekubitů. Psychická aktivizace je nutná především u jedinců depresivních, se sklony k izolaci od okolí, která bývá zapříčiněna neúspěšnou adaptací na stáří nebo osobní situací (osamělost, ztráta smyslu života a zájmů). Zvláštní kategorií jsou dementní senioři, u kterých je nutné úsilí o nalezení počitků, které navozují spokojenost a překonávají prázdnotu. “²⁷

Aktivizační programy mohou mít jak preventivní, tak léčebnou podobu. Léčebná podoba zahrnuje tzv. sekundární prevenci (např. pomoc lidem s demencí ke zpomalení progresu nemoci a zlepšení kvality života) nebo vlastní terapii (rehabilitace, ergoterapie).

Aktivizace je pro seniory nezbytná a prospěšná, jak uvádí Vostrovská²⁸, protože:

- je optimální terapií ve stáří
- je součástí mentální hygieny a vytváří odolnost
- je nejlepší biologickou prevencí biologického procesu stárnutí
- senior si při ní sám určuje míru aktivity vlastním rozhodnutím
- je přirozeně lidská a ekonomicky nejméně nákladná

²⁵ Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, str. 82-83.

²⁶ Tamtéž, str. 83.

²⁷ Dušová, Bohdana. *Aktivizace ve stáří*, Microsoft Powerpoint [online]. Ostravská univerzita v Ostravě, 2006-2011 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_11.pdf.

²⁸ Vostrovská, Hana. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*, Státní zdravotní ústav, Praha, 1998.

- přináší nemalé společenské úspory
- podpoří setrvání člověka v domácím prostředí co nejdelší dobu
- umožňuje seniorům žít normální život, zachovává autonomii

6.1 Metody aktivizace ve stáří

Ustálilo se několik aktivizačních metod, zde uvádím některé, které vyjmenovává Kalvach²⁹ ve své kapitole Aktivizace:

- pomoc při nalézání smyslu života a motivace k dalšímu úsilí
- překonání deprese
- posílení identity, důstojnosti a sebeúcty
- využití aktivizačních a kompenzačních pomůcek
- posílení pocitu sounáležitosti, opory a jistoty proti opuštěnosti
- umožnění pocitu úspěchu a pocitu, že to jde
- prevence somatických důsledků inaktivity
- kognitivní a tělesná aktivizace

Mezi další běžně užívané metody může patřit například celá řada speciálních terapií.

Jedná se například o:

- arteterapii
- fyzioterapii
- ergoterapii
- muzikoterapii
- pet-terapii, animoterapii
- reminiscenční terapii
- skupinovou terapii
- dramaterapii

K dalším aktivizačním technikám můžeme řadit různé zábavně-terapeutické programy, které tvoří adekvátní souhru herní a léčebné techniky, která má pozitivní vliv na fyzický i

²⁹ Kalvach, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, str. 83-85.

psychický stav seniora. Nesmíme zapomenout na širokou nabídku zájmových kroužků (pletení, šití, vaření, malování), na různé soutěže a seniorolympiády, poznávací zájezdy, pěší turistiku a návštěvy zvýhodněných kulturních akcí.

Významné jsou i koncepce, které se týkají **celoživotního vzdělávání**. Patří sem zejména nabídka **Univerzit třetího věku**, kde jsou seniorům předávány nové poznatky a vědomosti formou přednášek při vysokých školách. Důležitá je zde právě sociální účast s osobami podobného věku a smýšlení. Univerzity propagují rozvoj přátelství, překonávání pocitu osamělosti, udržování psychické svěžesti a hlavně aktivní trávení volného času. Tato činnost je pouze zájmová a studentům neposkytuje získání odborné kvalifikace či vysokoškolský titul. V současné době fungují takové univerzity ve všech městech České republiky, kde jsou vysoké školy.

Podobnou formou vzdělávání jsou i **Akademie volného času a Kluby aktivního stáří**, které představují další formu systematického zájmového vzdělávání v atraktivních oborech formou přednášek, a není zde stanoven předpoklad předchozího vzdělání. Jediným předpokladem je zde hluboký zájem o zvolený obor. Studium je přístupné pro každého jakéhokoli věku.

V neposlední řadě fungují **Akademie 3. věku**, které jsou zaměřeny pro seniory, kteří se ve volném čase chtějí vzdělávat. Cílem je opět poskytnout smysluplnou náplň volného času a možnost se dozvědět něco nového a své poznatky porovnat s dosavadními znalostmi a zkušenostmi. Zde se opět setkají stejně motivovaní lidé podobného stáří.

Nezastupitelnou roli mají v této oblasti **knihovny**, které podporují již zmíněné Akademie třetího věku, Univerzity volného času, cykly seniorského vzdělávání nebo **aktivační programy** spojené s **tréninkem paměti**.

Nabídku nejrůznějších sociálních služeb, do kterých patří i nabídka aktivizačních programů pro seniory, zajišťují *obce a kraje*. Akce pro seniory jsou pořádány také *městy a městskými částmi*. Široké spektrum služeb mohou poskytovat i nestátní *neziskové organizace* (nadace, diakonie, sdružení) či *fyzické osoby*. Dále se s aktivizačními metodami můžeme setkat v nejrůznějších *centrech sociálních služeb*, jako například v *domovech pro seniory, klubech seniorů, komunitních centrech, centrech denních služeb, denních a týdenních stacionářích* apod.

Právě v těchto zařízeních pro seniory, jako jsou stacionáře, domovy seniorů či nemocnice, by měl pravidelně probíhat cílený kognitivní trénink. Lidé zde jsou umísťováni právě proto, aby s nimi bylo aktivně pracováno, a je tu prostor pro nenásilné seznámení seniorů s těmito technikami.

Vydávány jsou například i **časopisy**, které jsou určeny právě seniorům (například Revue 50plus, Doba Seniorů či Generace). Ty informují o nejrůznějších akcích, poskytují užitečné rady a tipy a obsahují zajímavé rozhovory a mnohé podněty pro aktivní využití času.

Velice důležitým prostředkem proto, aby člověk zůstal aktivní a svěží, je **pohyb**. Je evidentní, že v důsledku změn, které se s postupem věku na organismu projevují, člověk ochabuje a tělesně i psychicky chřadne. Nevyhnutelné procesy stárnutí nejsou u všech stejně rychlé, ale lze je významně ovlivnit právě prevencí a aktivitou. Nesmíme tedy opomenout jak psychickou, tak i přiměřenou tělesnou aktivitu. Organizují se například vycházky pro seniory, návštěvy kulturních památek i výlety po České republice.

Velice vítanou metodou pro udržení celkové lepší kondice je **cvičení pro seniory**. Cvičení je prospěšné pro člověka jakéhokoli věku, ale senioři ho dost často opomíjejí. Ale právě ti, kteří zůstanou fyzicky aktivní i ve stáří, se podle mnoha studií dožívají vyššího věku. Má pozitivní vliv na řadu chorob, které ve stáří dominují (srdečně-cévní choroby, cukrovka, osteoporóza, artritida, obezita, neuro-psychické zdraví atp.). Pohyb u starších lidí má velký význam, protože činností lze komplikacím předejít a průběh choroby příznivě ovlivnit. A právě nečinnost a málo pohybu urychluje degenerativní procesy a urychluje tempo stárnutí.

Senioři mají na cvičení dostatek času, proto ho mohou provádět jak sami doma či v různých ústavních zařízeních pro seniory, kde by mělo být zahrnuto do programu alespoň 2x týdně. Ve velké řadě případů se senioři potýkají s únavou či nemožností daný cvik udělat, a proto se cvičení vyhýbají. Proto je dobré ke cvičení přistupovat zodpovědně, dle individuálních možností a sil. Z běžných činností se dá praktikovat turistika (chůze), plavání, jízda na kole, běžkování či tanec.

Z poslední doby lze citovat realizovaný projekt herce a psychoterapeuta Pavla Kříže. Ten ve spolupráci se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR vydal DVD se cvičením pro seniory, kteří nechtějí nebo nemohou na cvičení docházet, ale chtějí žít zdravým životním stylem. V České republice dosud podobný návod určený výhradně pro seniory neexistoval.

Fungují i **mezinárodní projekty**, do kterých mají šanci se zapojit i čeští senioři (a nejen ti), a které pomáhají k aktivnějšímu a kvalitnějšímu trávení času.

Mezi takové projekty patří například evropský program **Grundtvig**. Ten se zaměřuje na všechny formy vzdělávání dospělých a mezi jeho mnohé aktivity patří i vzdělávací zahraniční dílny (tzv. workshopy) nebo dobrovolnické pobyty pro seniory.

Workshop funguje tak, že se sejdou lidé různého věku, národnosti i profese a během několikadenního pobytu v nějakém evropském městě se učí novým znalostem a dovednostem.

Workshopy vždy probíhají na určité téma.³⁰ Důležitou podmínkou je pouze základní znalost některého hlavního evropského jazyka a odvaha vycestovat. Nabídka workshopů je na internetových stránkách, kde je možnost se přihlásit. Organizátor zahraniční akce, který vybírá účastníky, jim hradí náklady na cestu i pobyt. Jde tedy o netradiční zážitek spojený se sebevzděláváním a společenskou událostí.

Kromě workshopů lze ještě vyjet na mezinárodní výměnný dobrovolnický pobyt do různých evropských organizací, zapojených do programu celoživotního učení. Tento program je nabízen pouze dospělým starším padesáti let. Práce dobrovolníka spočívá v jakékoli neziskové činnosti v přijímací organizaci v trvání od 3 do 8 týdnů.

Další chvályhodný projekt, o kterém jsem se nedávno dozvěděla z médií, jsou tzv. **Časové banky**. Tento systém vznikl v 80. letech ve Spojených státech a postupně se princip rozšířil do dalších 30 zemí světa. Velice úspěšný je tento program v Itálii, ale třeba i na Slovensku. Snahy o jeho zavedení proběhly i v Česku. Principem je to, že místo peněz platíte časem tak, že se hodinu věnujete vy někomu a on se pak věnuje hodinu vám. Navzájem si nabídnete to, co umíte, naučíte se něco nového a strávíte příjemný společný čas. Tato aktivita má sociální význam, sdružují se lidé z různých věkových i společenských skupin a předávají si znalosti a zkvalitňují svůj volný čas.

Uvítala bych, kdyby se podařilo to, aby senioři začali brát své stáří opravdu jako etapu života, kdy mají čas se zabývat konečně tím, co je jim příjemné i prospěšné. Aktivita v důchodcovském věku by se měla stát běžnou součástí života, senioři by měli žít kulturně, jezdit na seniorské zájezdy, cvičit, učit se i trénovat paměť. Nabídka služeb pro seniory je poměrně rozsáhlá a mělo by být běžné ji využívat. Staří občané mají k dispozici nejrozličnější služby a přístup společnosti by je měl motivovat k tomu, aby nepřestali být aktivní. Proto by měly být programy seniorům „šité na míru“, aby je chtěli, mohli a uměli přijímat.

³⁰ Příkladem lze uvést například bulharský workshop ve Varně v červnu 2011 – „Přidej roky životu a život rokům“ (zdraví životní styl, psychologie stárnutí, kvalita života starší generace, sociální integrace) nebo workshop v polském Krakově v květnu 2011 – „Umění paměti, workshop pro seniory“ (vzdělávání seniorů, fungování a využívání paměti).

Informace o programu a nabídky kurzů jsou k dispozici na internetových stránkách:
<http://www.naep.cz/index.php?a=view-project-folder&project_folder_id=532&>

7. Trénink paměti

Kognitivní trénink patří mezi nefarmakologické preventivní přístupy, snažící se za pomoci různých postupů napravit nebo mírnit kognitivní deficit a zvýšit či udržet paměťové schopnosti jedince na zdravé úrovni po další období života. Právě proto si trůufám tvrdit, že se dá vysledovat souvislost mezi trénováním paměti a prevencí vzniku mírné kognitivní poruchy či prodloužení počátečního (preklinického) stadia Alzheimerovy demence, proti které je zatím doporučena jako jediná známá prevence právě aktivizace kognitivních funkcí.

Trénování paměti se stává součástí aktivizačních programů v ústavních zařízeních či aktivizačních centrech, domovech seniorů i některých nemocnic. Trénovat paměť je možné i při ambulantní péči doma. Posilování paměti se provádí skupinově, formou individuálního dialogového tréninku či dokonce pomocí počítače.

Se seniory je třeba pracovat nejen na udržení jejich fyzické kondice, ale zejména na pozitivním psychickém ladění a prodloužení jejich důstojného stárnutí. Techniky zlepšování paměti jsou pro seniory lékem, který podporuje jejich sebehodnocení a zvyšuje jejich pocit užitečnosti a schopnosti se rozvíjet a udržovat se v dobré kondici.

Využívá hru jako techniku, která neslouží jen k pobavení, ale zejména pro cílené zlepšení poznávacích schopností seniora. Kognitivní trénink je pro seniory velkým přínosem i za předpokladu, že někdy přináší pouze dočasné nebo částečné zlepšení.

Tréninkem paměti se zabývají například:

- > kliničtí psychologové a neuropsychologové (diagnostika, zpracování léčebného plánu, hodnocení, kontrola)
- > speciální pedagogové, logopedi, ergoterapeuti, zdravotničtí pracovníci a trenéři paměti (pravidelné provádění kognitivního tréninku)

Aktivní kognitivní cvičení, především paměti:

- Musí probíhat pravidelně
- Dostatečně dlouhou dobu denně
- Jednotlivé úkony se musí opakovat
- Náročnost se postupně zvyšuje
- Vysvětlit a zdůvodnit cvičení
- Prověřovat pochopení cvičení

Trénování paměti je součástí kognitivní terapie a geriatrickým pacientům je prospěšné protože:

- procvičuje a posiluje koncentraci, krátkodobou i dlouhodobou paměť, prostorovou orientaci, jemnou a hrubou motoriku, orientaci v realitě
- zvyšuje či udržuje výsledek MMSE
- zlepšuje fyzickou výkonnost seniora
- je příležitostí ke společenskému setkávání – uplatnění se v kolektivu, interakce
- eliminuje poruchy chování: neklid, delirium, deprese, agitovanost
- smysluplně vyplňuje volný čas
- vytváří pravidelný režim - pocit bezpečí
- vnáší pozitivní myšlení, zlepšuje náladu
- zvyšuje sebedůvěru a sebevědomí
- umožňuje seniorovi kvalitně žít

Mozkový trénink zahrnuje řadu metod, pomocí kterých můžeme procvičovat jak paměť krátkodobou, tak dlouhodobou. Mezi takové metody patří například:

- procvičování a rozšiřování slovníku, slovní hry
- spojování čísel, písmen, jmen
- určování fotografií, obrázků
- matematické, zeměpisné hry
- znělky, ukázky, úryvky
- poznávání vůní, předmětů, zvuků
- besedy a diskuse na určitá témata
- společenské hry, čtení
- křížovky, doplňovačky, skládanky, sudoku, bludiště, hlavolamy, pexeso, domino...
- recitace, hra vlastního divadla
- tělocvičné a taneční aktivity spojené se stimulováním pohybové paměti
- poznávací zájezdy s diskuzemi po nich
- „detektivní“ metody
- práce s počítačem
- učení/procvičování cizího jazyka
- cvičení pozornosti a sluchové/zrakové paměti

8. Rozvoj trénování paměti v České republice

To, že aktivizace seniorů je v současné době velice aktuální téma způsobuje, že i atraktivita tréninků paměti stoupá. Stoupá i počet vyškolených trenérů paměti a počet přednášek a seminářů pro širokou veřejnost. To, že se tato cílená práce se seniory pomalu začíná prosazovat v zařízeních, kde se pečuje o geriatrické pacienty, je správné. To, že se široká veřejnost může o trénování paměti dozvědět a jeho přínos využívat, je zásluhou aktivních celosvětových organizací, které byly vzorem i pro vzniklou společnost v České republice.

Tato významná organizace nese název **Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging** (dále ČSTPMJ) byla založena v roce 1998 ing. Danuší Steinovou, která ji dosud vede. Právě tato společnost má za cíl informovat širokou veřejnost o efektivitě této aktivizační techniky. Nezaměřuje se jen na přínos pro seniorskou populaci, ale pro všechny věkové kategorie. ČSTPMJ se také zabývá třístupňovým školením trenérů paměti pro veřejnost, ale zejména pro ústavní zařízení. Tito lektori působí mimo jiné i v **Centru pro trénování paměti**, které bylo založeno v Praze v roce 2002 a spadá pod českou sekci Evropské federace **EURAG**. EURAG (European Federation of Older Persons) je nezisková nestátní panevropská organizace se 148 členskými organizacemi ve 33 zemích Evropy. Zde se pořádají nejruznější mezinárodní kurzy, semináře a odborné přednášky. Významná je spolupráce se zahraničními odborníky.

ČSTPMJ vyhlašuje jedenkrát ročně od roku 2005, kdy se stala partnerem mezinárodní kampaně „Týden uvědomění si mozku“, který pořádá od roku 1996 organizace Dana Alliance for the Brain, **Národní týden (den) trénování paměti**. Během tohoto týdne jsou pro veřejnost na mnoha místech ČR zdarma pořádány stovky akcí a přednášek. Cílem projektu je přesvědčit nejen seniorskou populaci, že si dokáže slušně pamatovat, pokud bude vědět, jak na to. Kurzy jsou zaměřeny také na zvýšení sebevědomí a na návody k pozitivním změnám životního stylu.

Dalším zajímavým projektem, který do jisté míry propaguje trénink paměti, je projekt **Dny paměti**, který pořádá **Česká alzheimerovská společnost**. Ta vznikla v roce 1997, a jak uvádí na svých internetových stránkách (www.alzheimer.cz), jejím cílem je podporovat pacienty postižené demencí a jejich rodiny. Projekt Dny paměti spočívá v tom, že si zájemci mohou nechat vyšetřit paměť (Adenbrookským kognitivním testem) a v závislosti na výsledku tohoto testu se nechat vyšetřit specialistou, který diagnózu potvrdí či vyvrátí a v případě potřeby zahájí léčbu a doporučí další péči. Tento projekt je tedy preventivním opatřením, které je zaměřené zejména na včasnou diagnostiku Alzheimerovy choroby.

PRAKTICKÁ ČÁST

Úvod

V praktické části se pokusím zmapovat, jakým konkrétním způsobem se dá trénink paměti využívat. Ráda bych se zaměřila zejména na seniorskou populaci, u které vidím trénink paměti jako efektivní nástroj pro zlepšení kognitivních funkcí i celkové kondice, variabilní dle možností a potřeb seniora.

Aby se tato metoda dostala ke všem, je třeba si uvědomit, že každý senior je jiný a potřebuje jiné podmínky a impulsy. A protože k trénování paměti je důležité přistupovat individuálně, nelze očekávat, že tato metoda osloví všechny stejně. S její variabilitou je třeba pracovat a přizpůsobovat se konkrétním potřebám člověka tak, aby měl každý možnost se s touto metodou seznámit a využít ji.

Studium možností a organizací v ČR, které mohou s tréninkem veřejnost seznámit, jsem definovala třemi okruhy. Tyto okruhy jsem sestavila pracovníě podle toho, jaká cílová skupina (zejména seniorů) by mohla tyto nabídky využívat.

- 1) Aktivní populace s důrazem na věkovou kategorii počínajícího stáří – běžné aktivity pro „zdravou“ populaci, prevence**
- 2) Senioři důchodového věku, navštěvující sociální zařízení, schopní aktivizace v zařízeních**
- 3) Nemocní a neaktivní senioři potřebující péči a impuls z vnějšku**

Pro tyto tři skupiny je třeba přizpůsobit a zacílit trénink tak, aby byl co nejvyužitelnější a nejdostupnější právě pro tuto část populace.

Nejobsáhlejší část této praktické části je úzce propojena s mojí krátkodobou praxí ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou, kde jsem se podílela na každodenních trénincích paměti seniorů pod vedením Mgr. Kvetoslavy Hoškové. Paní Kveta mi poskytla i své soukromé powerpointové prezentace (Trénink kognitivních funkcí – prevence delirantního stavu, Trénování paměti), které využívá při svých přednáškách, a které mi byly cenným zdrojem klíčových informací o tréninku paměti.

9. Trénink paměti podle cílové skupiny

9.1 Aktivní populace s důrazem na věkovou kategorii počínajícího stáří

Trénink paměti se má přizpůsobovat věku a měl by být v praxi využitelný nejen jako aktivizační program pro seniory, kteří již mají drobné kognitivní poruchy. Měl by ho umět využívat každý dospělý jedinec, aby předcházel zhoršování paměťových funkcí v pozdním věku a aby byl po odchodu do důchodu sám schopen aktivně vyhledat různé semináře, kurzy a besedy, které se trénování týkají. Existuje mnoho metod, které mohou pomoci se naučit s pamětí pracovat ještě předtím, než vypoví některou službu.

Kvůli prodlužování délky života a vývojem medicíny bychom se měli pokusit se zaměřit i na dospělé jedince, abychom byli schopni trénink paměti využívat již preventivně, abychom jeho efekt dokázali v běžném životě uplatnit. Zároveň, abychom „podchytili“ ještě zdravé a soběstačné jedince, kteří se s touto metodou seznámí co nejdříve a dokud jsou aktivní, zjistí, že je to metoda prospěšná.

S trénováním paměti se lze setkat zejména na kurzech pro veřejnost, které pořádá výše zmíněná ČSTPMJ. Každoročně organizuje jarní a podzimní běh několika kurzů v celkovém rozsahu 20 hodin. Dokonce nabízí i tzv. kombinované kurzy kognitivního tréninku, spojené s tělesným cvičením v rozsahu 30 hodin. Tyto kurzy jsou pro širokou veřejnost a může se sem přihlásit jak student, maminka na mateřské, tak i invalidní či starobní důchodce.

Mozek je „vycvičitelný“ a dá se pomocí různých metod formovat tak, abychom ho dokázali využívat v jeho maximální kapacitě. Existuje řada cvičení, která pomáhají dostat informace do paměti tak, aby tam vydržely co nejdéle.

Mezi paměťové techniky patří tzv. **mnemotechniky**, díky kterým lze zlepšit spolupráci krátkodobé a dlouhodobé paměti. Mnemotechniky nám pomohou zapamatovat si informaci tak, že si ji pak lépe vybavíme. Právě tyto mnemotechniky stírají věkové rozdíly, protože je zvládne opravdu každý. Jsou vymyšleny a fungují tak, že musíme zapojit obě mozkové hemisféry, proto je uložení informací do paměti velmi efektivní.

Využívají zejména principu spojení vizualizace a asociace.

Jednou z náročnějších speciálních mnemotechnik, která může být prospěšná člověku jakéhokoli věku, je **metoda LOCI** (z latinského „locus“ – místo). Tato technika využívá důvěrně známý prostor, díky kterému si lépe zapamatujeme informace v daném pořadí. Její podstatou je, že si každou položku z našeho seznamu spojíme s určitým místem, na které

pokládáme jednotlivé položky. Později si jednotlivá místa v duchu procházíme a „posbíráme“ jednotlivé předměty.

Další využitelné techniky pro lepší zapamatování mohou být například **Akronymum** (vytvořeno z počátečních písmen slov, která si chceme zapamatovat), **Akrostikum** (celé věty, ve kterých jednotlivá slova začínají stejnými písmeny jako informace, které si chceme zapamatovat), **Kategorizace**, **Myšlenkové mapy**, **Zapamatování pomocí příběhu**, **Zapamatování čísel** (neboli „chunking“ spočívá v tom, že číslo rozdělíme na menší celky, takzvaně naporcujeme).

Aktivizační programy a nabídky, které jsem popsala v kapitole 6.1 *Metody aktivizace ve stáří*, jsou ideálním příkladem toho, jak se nenásilně zapojit ve vyšším věku. Jsou využitelné v každé životní etapě, ale je nejlepší s nimi začít brzy, dokud jsme „fit“. Preventivně, abychom nevyšli z kontinuity nepřetržitého vzdělávání, můžeme začít právě s **celoživotním vzděláváním**, jehož nabídka je v současnosti poměrně široká a plno vysokých škol tyto alternativy vzdělávání poskytuje.

Kvalitnímu životu stárnoucí populace se věnuje mnoho společností, organizací či klubů pro seniory, které pořádají celou řadu akcí (procházky, výlety, přednášky, kulturní programy...) a snaží se vymýšlet zajímavé aktivity, kterých se mnozí starší občané mohou zúčastnit.

Například lze zmínit občanské sdružení **Život 90** (www.zivot90.cz), které se zajímá o život seniorů, podporuje jejich zájmy, bojuje za jejich práva a poskytuje zdravotní a sociální služby. Mezi poskytované služby sociální péče, prevence i poradenství patří Senior telefon (krizová pomoc), Tísňová péče AREÍON, Centrum denních služeb, Odlehčovací a pobytové rehabilitační centrum, Sociální a odborné poradenství a Odlehčovací služba. Dále toto sdružení vydává nejrůznější publikace, zejména časopis Generace. Významný je i Dům Portus (komunitní centrum), kde probíhají nejrůznější akce a přednášky, je zde i kavárna, Senior Bazar i soukromá stomatologická ordinace. V roce 2004 zde bylo založeno divadlo U Valšů. Sdružení se zapojuje aktivně i do evropských projektů a sleduje zahraniční činnosti, kde spolupracuje se sobě podobnými subjekty, které podporují seniorskou populaci.

Dále je rozhodně namístě začít se **cvičením pro seniory**, jakožto s důležitou fyzickou aktivizací, která je v pokročilém věku velmi prospěšná. Přiměřeně sportovat a neustále se udržovat v kondici patří k základním kamenům zdravého stárnutí.

A jak jsem dále v kapitole 6.1 zmínila, existuje mnoho zahraničních projektů, které jsou vhodné pro zapojení se do nejrůznějších celosvětových programů, zahrnujících

vzdělávací aktivity dospělých, dílny a jiné společenské aktivity, které prohlubují znalosti a dovednosti. Například právě výše zmíněný **Grundtvig** či systém **Časových bank**.

Ráda bych zde představila metodu **Brain Jogging**, která spočívá v mentálním cvičení za užití kognitivních technik a cvičení, které za pomoci počítače mohou zdokonalit některé funkce mozku. Tuto metodu na bázi počítačové hry, doporučuje i ČSTPMJ všem, kteří se nemohou zúčastnit klasických skupinových kurzů tréninků paměti. CD HAPPYNeuron obsahuje 20 her, které vyváženě posilují základní kognitivní funkce - posilování paměti, koncentraci, řečové funkce, logické myšlení a vizuálně-prostorovou orientaci. Jak je uvedeno na internetových stránkách www.brainjogging.cz, program byl vytvořen předními neurology (v čele MUDr. Bernard Croisile, Ph.D) a jeho účinnost byla ověřena mnoha nezávislými testy a studiemi. Nabídka je zaměřena především na dospělé (zejména starší 40 let), kteří trénink mozku nejvíce potřebují, z důvodu přirozeného úbytku schopností s rostoucím věkem. Trénink je ale vhodný pro každého bez ohledu na věk.

Jako jedno ze zásadních plus této metody vidím to, že je tato sada vhodným a efektivním prostředkem k prevenci a podpůrné léčbě některých onemocnění mozku. Zejména se hovoří o příznivých výsledcích v souvislosti s raným stádiem Alzheimerovy choroby. „*Studie financovaná Centrem pro kontrolu a prevenci chorob Ministerstva zdravotnictví USA potvrdila efektivitu francouzských her HAPPYneuron u lidí, u nichž byla nově diagnostikována Alzheimerova choroba.*“³¹

Kognitivní trénink prokazatelně snižuje kognitivní úpadky a je to léčba, která dává smysl. Jak uvádí Dr. Peter Magaro (ředitel Amerických středisek pro trénink paměti): „*Kognitivní rehabilitace by měla být považována za léčbu pro každého, kdo vykazuje mírné zhoršení kognitivních schopností. Výsledek sice není zaručený, ale je to vědecky nejlépe podložená cesta k léčbě Alzheimerovy choroby.*“³²

Přestože design internetových stránek (www.brainjogging.cz) na mě působí až populisticky, tak považuji tento „vynález“ za zajímavý a věřím v budoucnost této metody.

³¹ Chlupáč, Martin. *Brain jogging: Trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré* [online]. 2009 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.brainjogging.cz/in-the-news/americkastudiepotvrzujeucinnostcvicenihappyneuronupacientuavranemstadiualzheimerovychoroby>>.

³² Magaro, Peter. *Brain jogging: Trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré* [online]. 2010 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.brainjogging.cz/in-the-news/kognitivni-trenink-bychom-meli-predepisovat-vsem-kdo-jsou-ohrozeni-alzheimerovou-chorobou>>.

Tato moderní kognitivní sada má význam pro uživatele všech věkových kategorií a tento princip hraní interaktivních her na počítači je efektivní. Na webových stránkách nalezneme i kladné hodnocení uživatelů (z České republiky), takže se odvažuji konstatovat, že i tato pomůcka může sloužit jako účinná prevence patologického stárnutí.

9.2 Senioři důchodového věku, navštěvující sociální zařízení, schopní aktivizace v zařízeních

Senioři, kteří navštěvují nebo bydlí v nějakém ze sociálních zařízení, jsou ideálními příjemci aktivizačních programů a metod. Je možné pro ně vymýšlet program „na míru“, individuálně se jim věnovat. V zařízeních pro seniory a centrech sociálních služeb probíhají nejrůznější aktivizační kurzy. Senior může navštěvovat různé kroužky, naučit se nějakou novou dovednost a věnovat se novým věcem, na které při práci neměl čas.

9.2.1 Praxe v Thomayerově nemocnici

Trénování paměti začíná být v i v České republice tématem, kterému se věnuje a přikládá mu důležitost mnoho institucí a společností. Rozvíjí se zejména v sociálních centrech a je propagováno jako součást aktivizačních programů nejen pro seniory, ale i pro širokou veřejnost. Tyto kurzy a přednášky probíhají nepravidelně, nárazově, takže je obtížné vysledovat jejich dopady a dlouhodobější výsledky.

Ráda bych zde představila ojedinělý projekt, který se koná v Thomayerově nemocnici (dále TN), kde v rámci aktivizačního programu probíhají tréninky paměti denně. Na následujících stránkách budu vycházet zejména ze svého působení v této nemocnici, kterou jsem si vybrala pro svoji studentskou praxi a mohla jsem zde načerpat mnoho cenných a jedinečných zkušeností. Byla jsem tam jako pomocná síla pro Mgr. Kvetoslavu Hoškovou, která prošla kurzem trenérů paměti v ČSTPMJ (složila certifikované zkoušky II. stupně a na III. poslední stupeň se chystá v listopadu 2011) a která mi poskytla nejen spoustu cenných informací, ale i prostor pro vlastní nápady.

Moje žádost o praxi v nemocnici byla poměrně netradiční, protože se doposud nestalo, že by nějaký student přímo o tuto „aktivizační“ pozici usiloval. O praxi v Thomayerově nemocnici se hlásí zejména studenti medicíny a jiná forma praxe zde zatím nebyla praktikována. Na pokyn vrchní sestry geriatrie - LDN jsem musela absolvovat očkování proti žloutence a vyplnit plno žádostí, než byla má praxe v nemocnici formálně v pořádku.

Nakonec mi ale v nemocnici vyšli nadstandardně vstříc a dokázali netypickou formu spolupráce akceptovat.

Mgr. Kveta Hošková byla vynikající a trpělivou konzultantkou a velice vstřícně mi o své práci vyprávěla. Pomohla mi zorientovat se v krátkém čase v tom, co vlastně trénink paměti obnáší a jak pomáhá. Mohla jsem se zúčastnit, a dokonce i podílet, na samotném trénování. Do nemocnice jsem chodila po dobu dvou měsíců, proto jsem měla čas pacienty více poznat, naučit se, co kdo potřebuje a jakou formou celé tréninky probíhají. Pro mě to byla zkušenost velice cenná a zajímavá. Myslím, že mě naučila spoustě věcí, které budu moct nejen ve svém budoucím profesním, ale i osobním životě, využít. Na následujících stránkách popisuji strukturu a konkrétní charakter cvičení paměti a poukazuji na konkrétní výsledky, které jsem mohla na pacientech vyzorovat.

9.2.2 Organizace tréninků v Thomayerově nemocnici

Trénovat paměť pacientů byl osvědčený nápad primářky TN, která toto cvičení prosadila do projektu aktivizace seniorů. Než se tento projekt „rozjel“, stálo to mnoho úsilí a odborných příprav, ale v současnosti jsou výhody této práce již naprosto patrné. Tato aktivizační metoda se velmi osvědčila a stala se z ní důležitá součást psychosociální rehabilitace seniorů, která výrazně přispívá ke zlepšení jejich celkového zdravotního stavu a psychické kondice.

Jak jsem již uvedla, nemocnice a jiná podobná zařízení jsou pro tato cvičení vhodná, pacienti zde mají dostatek času a jejich odreagování je žádoucí. Proto oceňuji přístup primářky, která měla dostatek sil pro realizaci a nápadů, jak by v nemocnici mohla tato moderní metoda práce se seniory pomáhat.

V Thomayerově nemocnici probíhají kurzy tréninků paměti na třech odděleních Geriatrie - LDN, v pavilonech A₂, B₁ a B₅. Pacienti jsou na oddělení rozmístováni náhodně dle potřeby a aktuálních volných míst. Na tato oddělení dochází jednou týdně „trenérka paměti“, která zde s pacienty 45 - 60 minut cvičí. Trénink pacientům může doporučit například lékař, aktivizační sestra, ergoterapeut nebo o něj požádá samotný pacient či jeho rodina. Roli hraje také výsledek tzv. Mini-Mental Testu (MMSE), který povinně vyplňuje každý pacient, přijatý na tato oddělení.

Počet seniorů, kteří se tréninku zúčastní, je různý. Záleží na tom, zda senior není na nějakém vyšetření - zda má čas a chuť. Obvykle to bývá přibližně 6 - 11 pacientů. S příchodem seniorů do „společenské místnosti“ pomáhají sestry, aktivizační sestry,

ergoterapeutky i sama trenérka paměti. Zkrátka, kdo je zrovna po ruce. Většina pacientů není zcela samostatně mobilních (připoutání na invalidní vozík či potřeba francouzských berlí). Stejný princip funguje i při doprovodu seniorů zpět na pokoj. Trénink probíhá na příslušném oddělení vždy ve stejnou hodinu (dva tréninky dopoledne a jeden odpoledne).

9.2.3 Vlastní charakter tréninků paměti

Při práci se skupinou seniorů je nejdůležitější modifikace struktury kurzů trénování paměti dle zpětné vazby. Proto je nutná flexibilita práce, individuální přístup a reakce na celkovou náladu ve skupině a její složení. Každá skupina má svá specifika, někdy se sejdou vyloženě aktivní účastníci, jindy je práce zdoluhavější a náročnější. Komunikace s geriatrickým pacientem, vzhledem k jeho kombinovaným handicapům, bývá často velice náročná. Přizpůsobit se potřebám skupiny a program upravovat tak, abychom klientům umožnili pocít úspěchu, sebevědomí a odreagování se, je základní a nezbytná dovednost trenéra.

Hodina se skládá z několika částí:

Začátek setkání

- *Pozdrav* - představení členů skupiny, zpěv
- *Seznámení s programem*
- *Ukotvení v realitě* - orientace realitou - den, měsíc, rok, významná událost, město, nemocnice, oddělení, jmenuji se, povoláním jsem...
- *Otázky na úvod*
- *Tréninkové úkoly* - různá obtížnost
- *Sebereflexe* - hodnocení úspěšnosti
- *Upoutávka na příští hodinu*

Závěr tréninkového bloku

- Zpívání, pozdrav, dupání, tleskání, mávání

Struktura hodinového cvičení chce důkladnou přípravu a spoustu nápadů. Cvičení mohou mít mnoho podob a obměn, ale je vhodné jednotlivé úkoly střídat a měnit. Je lepší si hodinu připravit tak, aby měla nějaké sjednocující téma. Trenér paměti by měl mít v zásobě spoustu cvičení, hádanek a úkolů. Domácí příprava většinou zabere spoustu času a energie, je

třeba jednotlivé úkoly důkladně vymyslet. Aby kurzy nebyly jednotvárné a pouze slovní, je dobré využít kreativitu a fantazii a pohrát si s přípravou jednotlivých cvičení například výtvarně. Paní Kveta vždy po práci vyhledávala obrázky, kreslila, tiskla a kopírovala, než vzniklo nějaké nové cvičení. Měla už vytvořený velice praktický „zásobník“ jednotlivých cvičení, která může kdykoli znovu využít pro nějakou novou skupinu.

Senioři by měli během sezení nejen trénovat paměť a slovní zásobu, ale celkově se uvolnit, procvičit a pobavit. Proto je žádoucí připravit i různé manuální hry, vyžadující využívat jemnou motoriku a zručnost. Velice vděčné je zpívat, recitovat, číst, poslouchat či „sportovat“. Senioři rádi využijí svoje znalosti a vzpomínky, proto je dobré je motivovat k vybavení si různých vědomostí z minulosti a vyprávění různých příhod.

9.2.4 Ukázky průběhu konkrétních hodin

Pro lepší představu bych popsala strukturu konkrétních hodin, které jsme praktikovali v Thomayerově nemocnici. Hodina byla každý den stejná na všech třech odděleních, jen se musela upravovat podle možností frekventantů. S některou skupinou se stihla jen část připraveného programu, jindy bylo nutné hodinu prodloužit. Kurzy se těšily velké oblibě, většina pacientů nemocnice se na setkání velice těšila a bylo vidět, že jim trénink paměti příjemně vyplňuje stereotypní pobyt v nemocničním pokoji. A i pacienti, kteří nepřišli na hodinu úplně naladěni či byli unavení, se dokázali v průběhu uvolnit a zapojit. Určitě je vhodné na začátku (než se všichni sejdou) vést s pacienty neformální rozhovor o tom, jak se mají, co je nového a jak se cítí.

1. ukázka – o filmu

Jako pokaždé bylo přivítání se a položení nějakých otázek na *orientaci a ukotvení v realitě*. Poté jsme frekventanty seznámili, v duchu jakého tématu bude hodina probíhat.

Na úvod klienti dostali za úkol hledat a popsat, v čem se liší dva podobné obrázky s filmovou tematikou. Toto cvičení je dobré na *koncentraci a cílenou pozornost*. Tento úkol byl většinou přijímán pozitivně, protože není moc náročný a i klienti, kteří z nějakého důvodu špatně mluví, mohou pouze ukazovat. Trenér by pak měl pro všechny nahlas pojmenovat konkrétní rozdíl a všem ukázat, kde se nachází.

Poté každý dostal papír s přibližně 15 obrázky, které se týkaly filmu. Toto cvičení funguje na principu *kategorizace*, který patří mezi základní *mnemotechniky*. Cílem bylo si je

zapamatovat, aby si je klienti mohli po nějaké době vybavit. Proto jsme obrázky museli nahlas společně pojmenovat, nalézt a případně určit jejich polohu.

Následoval úkol, jehož princip je velice vděčný a oblíbený. Jde jen o to si vzpomenout na něco obecně známého. V případě tohoto filmového tématu bylo za úkol doplnit křestní jméno známého herce. Senioři se většinou dohadovali a „trumfovali“ a měla jsem pocit, že toto vzpomínání na něco, co znají z minulosti, jim přijde jako ideální technika pro cvičení mozku.

Těsně před koncem hodiny jsme s Kvetou zařadily o něco nápaditější úkol. Klienti dostali za úkol si mě dobře prohlédnout, všimnout si všeho, co mám na sobě. Já vždy šla na chvilku za dveře a změnila na sobě jednu věc. Při návratu do místnosti pacienti hádali, co se na mě změnilo. Tato hra byla evidentním zpestřením, a klienti se opravdu velice snažili, aby hned našli něco, co je jinak. Některé změny odhalili frekventanti velmi rychle (jiné přezutí, jiný svetr, sundání brýlí či jmenovky), jiné změny jim daly práce víc (ohrnutí rukávů, čelenka ve vlasech, tužka v kapse).

Nakonec bylo třeba dokončit cvičení s obrázky ze začátku hodiny. Pacientů jsme se zeptaly, co si z papíru zapamatovali. Poté jsme se snažily je ke konkrétním obrázkům dovést doplňujícími otázkami, například „Co bylo jako první?“, „Který veliký obrázek byl uprostřed?“ apod. Pacienti si s naší pomocí dokázali na všechno vzpomenout a bylo vidět, že z toho mají radost.

Následovala závěrečná pochvala a rozloučení se s pozváním na příště.

2. ukázka – o vaření

Po přivítání a klasických otázkách na začátek jsme klienty (zvláště ženy) potěšily tématem vaření. Okamžitě začala diskuze o nemocniční stravě, o tom, na co zrovna mají chuť a co komu nechutná.

Jako první úkol dostali opět papír s různými obrázky všelijakých pokrmů. Měli je tradičně poznat a pojmenovat. Posléze obrázky rozdělit do různých kategorií, podle toho, co mají jídla společného. Jednotlivá jídla se mohla ve skupinách opakovat. Nahlas jmenovali, která jídla jsou sladká, slaná, pálivá, kolik je tam ovoce, zeleniny či pečiva apod. Možností nalezení nadřazené kategorie bylo mnoho, takže měl každý možnost sám nějaký jednotící prvek vymyslet.

Další veselou činností bylo vymyslet název polévky od každého písmene v abecedě. Názvy mohly být jakkoli nezvyklé či absurdní, šlo pouze o to si vybavit názvy polévek či zapojit fantazii a vymyslet, z čeho by mohla polévka být.

Poté jsme se zaměřili na sladká jídla a snažili se jich co nejvíce vymyslet, říct, z čeho se dělají a s čím se mohou jíst. Pacienti mohli přispívat různými rodinnými či krajovými specialitami či poradit ostatním kuchařské „fígle“.

Následně měli účastníci hádat, kterou činnost, týkající se kuchyně a vaření, předvádíme (míchání, strouhání, sekání, šlehání...).

Dále lze jmenovat různá jídla, která mají svůj původ ve světě a všichni se snaží jmenovat zemi, ze které jídlo pochází. U seniorů můžeme narazit na problém, že některá jídla neznají a nikdy neochutnali, ale při přípravě můžeme vymyslet taková, u kterých je větší pravděpodobnost, že budou oblíbená i u starší generace (např. halušky, pasta, lečo, ratatouille, pizza, hamburger, humus, gyros...).

Nakonec jsme přečetly recept na známé a poměrně jednoduché jídlo a klienti měli za úkol si zapamatovat co nejvíce surovin, ze kterých se jídlo skládá.

3. ukázka

Tuto hodinu jsem si připravila samostatně a měla jsem možnost ji i sama vést. Musela jsem ji úplně sama vymyslet, připravit a následně prezentovat přímo u pacientů. Hodinu jsem si připravila po delší době mého docházení na tréninky paměti, abych věděla, jak se připravit, pro koho jsou hry určené a co nového můžu pro seniory vymyslet. Her jsem si připravila více, abych měla možnost výběru a variability. Dle potřeby a schopností klientů jsem pak vybírala jednotlivá cvičení. Na jednom ze tří kurzů jsem musela věnovat speciální pozornost hluchoněmému pánovi, který se nemohl do některých cvičení aktivně zapojit. Tomu jsem proto vymyslela i jeden speciální úkol. Ten měl však úspěch i u ostatních seniorů, proto jsem ho nakonec nechala na vyzkoušení i ostatním. Své připravené materiály jsem pak poskytla své „vedoucí“ Kvetě, která je může později využít. Na začátku hodiny Kveta oznámila, že dnešní hodinu povedu já, abych si mohla trénování vyzkoušet na vlastní kůži. Nejtěžší pro mě bylo, abych nemluvila příliš rychle, výrazně artikulovala a mluvila tak nahlas, aby měl každý možnost mě slyšet a pochopit, co které cvičení obnáší.

První tři cvičení souvisela s divadlem.

Na úvod jsem tradičně nechala klienty hledat rozdíly na obrázku s divadelním motivem. (*viz příloha č. 1*)

Dále jsem každému rozdala papír s různě velkými, tučnými a jiným písmem napsanými slovy a slovními spojeními, která se váží k divadlu. Úkolem bylo hledat postupně slova od každého písmene v abecedě (od A do Ž). (*viz příloha č.2*)

Jako poslední cvičení, vážící se k divadlu, měli klienti přidat k jedné herecké osobnosti či postavě jeho dvojici (např. Mach a ?, Julie a ?, Werich a ?, Tristan a ?). Toto cvičení seniory vždy velice baví.

Další cvičení bylo o něco složitější, vhodné pro trénink *zrakové a krátkodobé paměti*. Mohla jsem ho použít jen na dvou odděleních. Senioři dostali papír, kde byl zevrubný náčrtnáměstí. (*viz příloha č. 3*) Na náměstí byly názvy ulic a budov. Pokusila jsem seniory pomocí různých otázek a mnemotechnických pomůcek vést k tomu, aby si byli schopni zapamatovat co nejvíce názvů a přesných poloh jednotlivých objektů. Když jsem viděla, že mají senioři strach, že si nic nezapamatují, tak jsem jim jednotlivé úkoly rozdělila, aby si každá zapamatoval jednu informaci (např. vedle školy je cukrárna, hospoda se nachází v ulici V Zákoutí, banka je naproti poště v Bronzové ulici...). Pak jsem jim papíry sebrala, zazpívali jsme si písničku, aby měli účastníci hodiny chvilku času na zapomenutí, a pak jsem jim rozdala stejné plánky náměstí, ale bez názvů daných míst (*viz příloha č. 4*). Postupně jsem se snažila, aby společně dali dohromady, kde se co nachází. Nakonec měl každý dobrý pocit, že si dokázal něco konkrétního zapamatovat.

Poté jsem pokračovala svižným cvičením, procvičujícím *zrakové vnímání*, ve kterém šlo o to, aby klienti našli na papíře plném ciferníků dva v řadě takové, které ukazují stejný čas. Postupně jsem obcházela seniory a každý zvlášť mi ukázal, kde našel shodu a případně řekl, kolik hodin ciferník ukazuje. Stejně cvičení jsem měla připravené místo s ciferníky s maskami. Každá maska (obličej) měl jiný výraz a cílem bylo najít dva shodné vedle sebe. Narazila jsem na jediný problém, že na tato cvičení jedna pacientka neviděla, protože pro ni byly obrázky příliš malé. Naopak se do tohoto úkolu mohl zapojit i hluchoněmý pacient. (*viz přílohy č. 5 a č. 6*)

Speciálním úkolem pro zmíněného hluchoněmého pacienta bylo, aby si poskládal speciální skládanku na principu domina, kterou jsem si doma promyslela, nakreslila a připravila. Takové hry se dají obecně nazvat *kognitivní sady*. Tuto znám ji pod názvem „Kvadronymum“. Tento princip lze využít na mnoho způsobů, já si připravila dva. Moje

verze se skládala z devíti čtverců, rozdělených na čtyři části. V jednom případě byla v každé části půlka obrázku a cílem bylo k němu najít a přiložit druhou půlku. Postupně se vám sít spojí a obrázky utvoří celek. Hra má výhodu v tom, že ať se začne od jakéhokoli obrázku, vždycky se nám podaří všechny obrázky pospojovat. Ve druhém případě jsem místo obrázků pracovala se slovy opačného významu (např. smutný - veselý, černá - bílá, tenký - tlustý...). (viz přílohy č. 7 a č. 8) Naštěstí jsem na trénink přinesla skládaček více, protože senioři se okamžitě zapojili, začali pánovi radit a sami si to chtěli vyzkoušet.

4. ukázka – slovní hry, procvičení a rozšíření slovníku

Slovních cvičení existuje celá řada, proto zde vyberu a přiblížím pouze ta cvičení, které jsem si mohla v rámci jednotlivých hodin osobně vyzkoušet a zúčastnit se jich.

Jednou ze slovních her, které pomáhají efektivně *procvičit i rozšířit slovník*, může být ta, při které hledáme české výrazy pro cizí slova. Tuto hru jsem si taky pro účely trénování v TN připravila já a poskytla ji do hodin. Trenér říká cizí slova, která jsou obecně známá, a můžeme je běžně slyšet. Senioři se pak snaží nalézt co nejpřesnější český ekvivalent (viz příloha č. 9).

Další oblíbená aktivita je u seniorů hledání skrytého slova ve větě (viz příloha č. 10). Toto cvičení si můžeme připravit pro jakékoli téma a ve větách hledat například zvířata, stromy, názvy měst, řek, apod. Trenér čte nahlas a zřetelně větu tak, aby senior mohl hledat skryté slovo. Postupně může trenér číst větu pomaleji a klást na hledané slovo větší důraz, aby na konci slyšeli hledané slovo všichni účastníci.

Hra, která měla veliký úspěch, spočívala ve vysvětlování starých zkratek, které senioři z minulosti dobře znali – např. JZD, ROH, RVHP, SČSP, SSSR.

Dalším svižným cvičením může být doplňování přísloví, přirovnání či textu známých písní.

Můžeme zařadit i spojování přídavného s podstatným jménem, které k němu patří (např. Bible kralická, německý ovčák, uherský salám).

Vhodnou hrou bylo i tvoření slov, obsahujících daný slovní kořen. Trenér napíše na tabuli nebo řekne kořen slova a pacienti musí vymyslet takové slovo, ve kterém je tento kořen přítomen – např. TRH – trhovce, trhlina, protrhnout; KROK – krokodýl, pokrok, krokomeř, úkrok.

5. ukázka

Po přivítání jsme si s klienty zazpívali písně, které se váží k nějakému městu respektive takové, ve kterých se o nějakém městě zpívá.

Pak jsme každého seniora nechaly hovořit o tom, z jakého města pochází a jaké povolání vykonával. Snažily jsme se pokládat doplňující otázky, aby svoji práci senioři popsali a představili.

Jako další aktivitu jsme měly připravené papíry s obrázky typických zástupců jednotlivých profesí (kominík, policista, kuchař) a mezi nimi různě rozmístěna křestní jména. Jednotlivá jména byla čarou spojena s nějakou postavou a senioři měli za úkol nejprve očima zkusit nalézt správné dvojice. Když se jim nedařilo vysledovat dráhu, kudy vedla čára pouze očima, mohli si pomoci prstem. Tento princip „bludiště“ je také velice vhodný pro takové tréninky, protože pacienti musí *koordinovat práci očí a rukou – grafomotorika*.

Jedno ze cvičení, které jsme praktikovaly pro *koncentraci pozornosti*, bylo to, při kterém jsme na stěnu či tabuli připevnilly papír s různě umístěnými obrázky. Opakovalo se tam sedm jednoduchých tvarů (zvonek, hvězda, květ, šipka, strom, smajlík a srdce) a stejné tvary měly stejnou barvu. Nechaly jsme seniory, ať si obrázek chvíli prohlíží. Poté jsme papír schovaly a ptaly se, jaké obrázky tam byly a jakou měly barvu, popřípadě zda vědí, kolik bylo kterých stejných obrázků. Postupně jsme klienty dokázaly přivést k tomu, aby si vybavili jednotlivé obrázky i jejich barvy. Mohli i hádat, kolikrát se tam který obrázek opakoval. Pro kontrolu jsme papír opět pověsily a společně spočítali, kolik zástupců jednotlivých obrázků bylo a zda jsme si na všechno vzpomněli správně.

Posledním cvičením byla opět jednoduchá zkouška *koncentrace pozornosti a zrakového vnímání*. Klienti dostali papír, na kterém byla v každém řádku rozmístěna různá malá písmena abecedy, podobně jako v osmisměrce. Úkolem bylo najít v řadě písmen konkrétní slovo.

9.2.5 Práce s jednotlivými pacienty

Během své praxe v TN jsem měla možnost pozorovat práci a snahu jednotlivých klientů. Mohla jsem se zevrubně seznámit s jejich problémy, a ačkoliv jsem neznala jejich přesnou diagnózu, musela jsem vysledovat, jakým způsobem je nejvhodnější s nimi pracovat, na co je třeba dávat pozor a co jim jde. Od Kvety jsem vždy dostávala jen stručné informace o tom, kdo špatně slyší či vidí, kdo má potíže s jemnou motorikou a kdo je aktivní nebo ne.

Trénování ale ne vždy zaujalo hned o začátku všechny pacienty. Vyskytli se i tací, kteří této metodě nevěřili a toto vedení jim připadalo směšné až ponižující. Paní Kveta se dle svých slov setkala i s mnohými, kteří na kurzech být nechtěli a nebylo jednoduché je do procesu vtáhnout a zapojit je. Vnímali tuto techniku jako příliš banální a dětinskou, která v nich nevzbuzovala pocit důstojného „léčení“. Takoví pacienti hodiny bojkotovali a nespolupracovali, což nebylo příjemné ani ostatním frekventantům, ani vedoucí tréninku. Nejhorší však je, když tito nezaujatí pacienti hodinu záměrně ruší a boří, tudíž komplikují klidný průběh sezení. Sama jsem jednoho takového specifického pacienta na hodinách viděla a přiznám se, že to opravdu příjemné není.

Až na tento jeden případ jsem ale viděla a od Kvety slyšela, že i ti, kteří se na začátku zapojit nechtěli a spolupráce jim přišla zbytečná až ponižující, pak zjistili, že trénink opravdu má něco do sebe. Ve většině případů se stává, že pacienta nebaví jen tak nečinně sedět a sledovat, o co jde, ale že se postupně také snaží některá cvičení dělat a zúčastnit se. Právě proto je jasné, že v nemocnicích a podobných institucích je o program zájem, a že nakonec člověk radši zkusí něco nového v kolektivu, než aby sám polehával celé dny na pokoji. Paní Kveta i vedení jednotlivých oddělení i celé nemocnice dostává velice vstřícnou zpětnou vazbu nejen od samotných pacientů, ale i jejich rodin. Pacienti si skutečně cenní toho, že o ně někdo projevuje zájem a má chuť a prostor s nimi pracovat. Kveta dostává srdečné dopisy od frekventantů svých tréninků, kteří jí většinou děkují za čas strávený při přípravě jejich společného programu a za trpělivost a ochotu. Kvůli těmto ohlasům je zjevné, že má tato práce smysl a že pomáhá i těm, kteří se k tomu zpočátku staví skepticky.

Nemohu zde uvádět přesnou kazuistiku jednotlivých pacientů, ale ráda bych zde přiblížila, jak se pracovalo s některými konkrétními lidmi, které jsem na kurzech osobně potkávala. Jak jsem již uvedla, skupiny seniorů byly různé. Hodin se zúčastňovali jak muži, tak ženy, kterých ale byla převaha. Někdo přišel sám po svých, někdo potřeboval chodítko či francouzské hole a někoho přivezly sestry na vozíčku. Zvláštní bylo, že každý trénink na jednom ze třech oddělení měl svá specifika a že atmosféra všech třech oddělení byla různá.

S Kvetou jsme si pro sebe nazvaly oddělení **B₅** „Zpěváci“, protože zde vždy s oblibou zpívali všemožné písně a všechny zpěv řídila sympatická a energická paní s krásným hlasem, která se za mlada jako zpěvačka živila. Zde se mi osvědčil vstřícný a srdečný přístup k pacientům. Na tomto oddělení jsem zažila věkově asi nejstarší skupinku a u většiny frekventantek (převážně žen) jsem cítila, že jim chybí zájem a jakýkoli osobní kontakt a milé slovo. Proto jsem se během přivázení a rozvážení pacientů vždy snažila s někým zavést řeč, pohladit ho či jinak probouzet pocit důvěry a podpory.

Na oddělení **B₁** byli senioři vždy velice aktivní a dobře naladěni. Skupina se vždy na trénink velice těšila a pacienti byli připraveni ve společenské místnosti vždy s předstihem. Zde měli pacienti tu výhodu, že byli všichni relativně samostatní, co se mobility týče, a proto nebyli tolik vázáni na pomoc sester, jako na jiných odděleních. U nich jsem vnímala, že tento trénink opravdu berou jako společenskou událost a možnost si popovídat a změnit klasický nemocniční stereotyp. Zde se toho většinou stihlo také mnohem více, než na ostatních hodinách. Pacienti zde byli obvykle veselí a bystří, takže jsme měly problém je nějakým úkolem překvapit. Oni už totiž znali principy jednotlivých cvičení, dopředu vymýšleli, co po nich budeme chtít a už dobře věděli, na co se zaměřit. Trénink zde vždy velice rychle utekl, hodiny byly zábavné a zpětná vazba zde byla velice povzbuzivá.

Skupina na oddělení **A₁** pro mě byla nejzajímavější z hlediska rozdílnosti pacientů. Bylo zde více takových, kteří potřebovali individuálnější přístup, každý jiný. Celkově zde bylo náročnější hodinu vést. Pacienti zde byli v průměru o něco mladší než na odděleních předchozích. Jednou se nám dokonce na hodinu sešli pouze čtyři pacienti. Jednu velmi starou paní ovšem bolela záda, tak šla radši na pokoj odpočívat. Zbyla nám tam paní, která špatně viděla, mladší pán, který po cévní mozkové příhodě špatně mluvil a poslední pacient byl hluchoněmý.

Nejčastěji jsme se setkávaly s pacienty, kteří trpěli různými geriatrickými syndromy. Se *syndromem instability* se potýkali pacienti s *poúrazovými stavy* (zlomeniny, závratě). Samozřejmě jsem zde potkala i pacienty se *syndromem demence*, kteří měli problémy s orientací a byli zmatení, teskní. Dále se objevovala *atrofie svalů*, *pokles kondice*, *inkontinence*, *dekubity*, *dehydratace* a většina pacientů měla *sníženou soběstačnost*. Byli zde i pacienti po *cévních mozkových příhodách*.

Ráda bych popsala, jak jsme musely brát na zřetel některé pacienty, kteří potřebovali o něco zvýšenou péči nebo částečně odlišný přístup.

1. PACIENT

Jako první bych zde detailněji nastínila o něco více odlišnou práci s panem P z pavilonu **A₁**, o kterém jsem věděla, že je hluchoněmý. Zároveň k chůzi potřeboval francouzské hole, evidentně ho bolely nohy a měl je oteklé. Odhaduji, že mu bylo kolem 70 let, byl velice milý a veselý, takže práce s ním byla příjemná. Před začátkem každého tréninku nás pozdravil a bylo vidět, že právě jemu chybí komunikace a setkávání se s lidmi. Byl velice

vstřícný, pokaždé měl vůli konverzovat a na cvičení se pravidelně těšil. Tomu, že pan P špatně slyšel a obtížně artikuloval, se musela přizpůsobit celá skupina a samozřejmě trenér. Každé cvičení se muselo vysvětlovat pomaleji a hlasitěji, nejlépe ho pan P pochopil až názorně v jeho průběhu. Hodně jsme psaly na tabuli. Během každého slovního cvičení jsme se alespoň snažily panu P přiblížit, o čem je právě řeč. Občas jsme pro něj připravily speciální cvičení, aby měl změnu. Nejvíce jsme pro něj připravovaly kognitivní sady, například skládky či hry na principu domina, hry na koncentraci pozornosti a grafomotorická cvičení. Při komunikaci s ním jsme využívaly i pantomimu a názorné předvádění, takže se z některých cvičení stala i nečekaná zábava. Ostatní ze skupiny byli vstřícní a trpěliví a pana P měli rádi.

2. PACIENT

Na stejném oddělení jsem se potkala i s panem N, který byl takovým veselým zpestřením našich sezení. Byl mladší než většina těch, kteří na kurzy docházeli, řekla bych kolem 60 let. Léčil se zde po cévní mozkové příhodě a měl veliké problémy s mluvou a vyjadřováním se – receptivní afázií. Jinak bych ale velice komunikativní, veselý až koketní a u nemocničního personálu oblíbený. Pravidelně navštěvoval logopedku, která zpočátku byla k jeho přítomnosti na kurzech skeptická. Pan N ale potřeboval znovu oživovat slovní zásobu, opakovat si významy pojmů a mluvení trénovat. Stávalo se mu, že si nemohl vybavit, co který pojem znamená nebo některé věci nedokázal pochopit a provést. Některá cvičení pro něj byla obtížná, jiná naopak zvládal velice dobře. I na něj se muselo pomaleji a věci vysvětlovat trpělivě, než je skutečně pochopil. Cvičení, které mu dělalo největší problémy, bylo hledání skrytých slov ve větě. Nedokázal oddělit konec jednoho slova a spojit ho se začátkem slova následujícího. Jinak byl ale aktivní, vždy nás oslovoval křestním jménem, a pokud zrovna nebyl na nějakém vyšetření, na hodině tréninku paměti nechyběl. Pan N byl v nemocnici delší dobu než je obvyklé, tak mi Kveta mohla vyprávět, jaké veliké dělá pokroky a jak je evidentní, že mu trénink paměti svědčí. Mně připadalo, že si pan N užíval zejména přítomnost mezi lidmi a hlavně sestřičkami a jeho dlouhodobý pobyt v nemocnici se tak stával pro něj osobně snesitelnějším. Pro něj z tohoto společenského hlediska měly podobné aktivizace a různé rehabilitace jednoznačně pozitivní dopad.

3. PACIENTKA

Další pacientkou, kterou jsem zde na A₁ potkala, byla také mladší paní (kolem 60 let), která se léčila s roztroušenou sklerózou. Byla nesmírně sympatická, energická a s panem N i panem P si rozuměla. Trénink paměti absolvovala spíše ze společenského a preventivního hlediska, žádné zjevné potíže v kognitivních funkcích neměla. Stávalo se, že občas místo kurzu jezdila na rotopedu, protože to měla doporučené jako součást léčby. Ten se nacházel ve stejné místnosti, kde probíhaly naše tréninky, takže se občas zapojovala jen vykřikováním a poslouchala. Tato paní špatně viděla, proto občas měla problém s detaily na obrázku či malým písmem. Celkově byla spolupráce s ní velice milá a osvěžující, protože byla inteligentní, aktivní a samostatná a prakticky nepotřebovala žádný specifický přístup.

4. PACIENTKA

Naprosto jedinečnou zkušenost jsem zde měla při kontaktu s paní V, která měla schizofrenii. Paní V byla nevyčerpatelný živel, který neustále vyžaduje pozornost. Byla velmi inteligentní, ze zúčastněných nejmladší, cvičení zvládla dobře a s žádným neměla problémy. Její nezkrotná povaha ale vyžadovala, abychom jí dávaly dost prostoru, ale zároveň, aby ho neubírala jiným. Naštěstí ale chápala, že ji občas potřebujeme „zklidnit“, proto s ní byla v tomto směru poměrně lehká domluva. Paní V mluvila velmi rychle a nahlas, ostatní byli z jejího projevu občas trochu nesví. V jejím případě šlo o to, abychom dokázaly usměrnit její aktivitu a zároveň její vědomosti využily. Občas jsme jí musely požádat, aby nechala prostor i ostatním přítomným, kteří potřebují o něco více času než ona. Pro ni byl trénink paměti také velice důležitou složkou její psychické a emotivní stimulace a tyto činnosti ji bavily.

5. PACIENT

Tohoto pána jsem okrajově zmínila již na začátku této kapitoly. Patří k těm, kteří trénink bojkotují a záměrně ho ruší. Jeho účast na sezeních mu doporučil lékař, ale s jeho pobytem na trénincích to nebylo tak jednoduché. Tento pán také patřil k těm mladším účastníkům. Věděla jsem, že jde o alkoholika, který si kvůli pádu v opilosti rozbil hlavu, poškodil část mozku a měl sklony k agresivitě. Během své praxe jsem ho viděla na hodině 3x, ale pouze jednou vydržel až do konce. Na cvičení byl přivážen na vozíku, ze kterého nemohl vstát. Měl helmu na hlavě a neustále vyžadoval, aby ho sestry vozily na WC, přestože nosil pleny. Na oddělení B₅ byl brán jako problematický pacient, který obtěžuje své kolegy na

pokojích. Neustále přivolával sestry a nechával se vozit na toaletu. Během tréninků neustále vykřikoval a vyžadoval pozornost personálu, zároveň byl sprostý a odmítal jakékoliv zapojení. U něj mi účast na trénincích nepřišla tolik prospěšná ani vhodná, ale určité postupné socializování bylo i v tomto případě na místě. Přesto si myslím, že od jeho účasti na cvičeních lékař nakonec upustil.

6. PACIENTKA

Další pacientkou z oddělení B₅ byla velice milá a velice stará důchodkyně paní Z. Bylo jí 95 let a často jsem s ní prohodila pár slov. Myslím, že byla hospitalizována po pádu. Byla schopná chodit s chodítkem, působila relativně vitálně, ale trochu úzkostlivě. Proto jsem si s ní ráda povídala, jelikož jsem hned cítila, že jí společnost dělá radost a že jí komunikace chybí. Občas jsem pomohla sestřičkám a namazala jí místo nich ruce mastí proti modřinám. Cítila jsem, že jí je fyzický dotek příjemný a tak jsem jí občas i během tréninku pohládila ruku. Paní Z měla velice dobrou paměť, pamatovala si, co jsem jí vyprávěla a zajímala se o plno věcí. Trénování ji bavilo, snažila se vždy pečlivě pracovat a na svůj věk podávala obdivuhodné výsledky. Bylo zřejmé, že je pro ni tento kurz prospěšný a že jí zvedá náladu. Říkala mi, jak se těší domů a proto si myslím, že na trénincích ocenila příjemné a přátelské prostředí, které tak trochu vybočuje z běžného nemocničního režimu. Trénování paměti vítala pozitivně a i u ní bylo vidět, jak se postupně v jednotlivých cvičeních více orientuje a jak je zvládá rychleji.

7. PACIENTKA

Poslední pacientkou, která mi utkvěla nejvýrazněji v paměti, je paní R, která byla také už velice stará, hubená a tichá. Od první chvíle mi ale byla sympatická, protože se usmívala a tiše pozorovala, co se kolem děje. Vím o ní jen, že měla osteoporózu, velice lámavé kosti a problémy měla zejména s rukama, které musela pravidelně rehabilitovat. Prý měla na počátku pobytu v nemocnici ruce úplně necitlivé. To ji bylo velice nepříjemné a z toho, že má ruce ovázané a neschopné ovládnutí, byla velice nešťastná. Proto i jí pomáhalo, když jsme se během tréninku s Kvetou jejích rukou dotýkaly a hladily je. Z vyprávění Kvety vím, že paní R udělala také veliký pokrok. Na začátku jejího docházení na cvičení prý byla velice tichá a málo aktivní. Dlouho jí trvalo, než se dokázala při cvičeních aktivně zapojit a promluvit. Když jsem začala chodit já, už vypadala mnohem uvolněněji, papíry se cvičeními držela

v ruce a pozorovala, jak ostatní pracují. Ke konci mé praxe byla paní Z už mnohem aktivnější, usmívala se a evidentně jsme ji svým přístupem a vedením získaly na svoji stranu. Velikým překvapením bylo, když se mnou začala zpívat. Působila veseleji, radostněji a na tréninky chodila ráda. I jí cvičení paměti určitě pomohlo zejména v psychickém pozitivním naladění a snad ji náš vřelý přístup pomohl i v tom, aby se svou nemocí dokázala zabývat a rychleji se s ní naučit lépe vyrovnat.

9.2.6 Shrnutí výsledků práce se seniory v Thomayerově nemocnici

Při kontaktu se seniory jsem si uvědomila, že každý z nich se potřebuje nějak vypořádat se svojí nemocí a že je velmi potřebné nenechat pacienta rezignovat a vzdát se. Většina pacientů, kteří docházejí na tréninky paměti, se postupem času začne snažit, aby podávali co nejlepší výsledky a aby ukázali, že na to mají. Tato pozitivní motivace k tomu být úspěšný, přichází u většiny pacientů pozvolna, ale většinou se dostaví. Zapůsobily na mě takové hodiny, kde mezi sebou pacienti „soupeřili“ a dokazovali si, kdo co umí a kdo si co pamatuje.

Dlouhodobé sledování výsledků, které tyto tréninky mají, není snadné. Pacienti jsou zde většinou hospitalizováni jen v průměru 2-3 měsíce a pak jsou z velké části propuštěni do domácího léčení. Trénink paměti zde spíše pomáhá se aklimatizovat na nemocniční prostředí a svůj delší pobyt v nemocnici využít aktivněji, než je zvykem.

Kognitivní aktivizace v tomto každodenním rozsahu, jako se dělá zde v TN, nikde jinde podle dostupných zjištění neprobíhá. Podobně to funguje v jiných sociálních zařízeních a domovech důchodců, kde je to spíše koncipováno jako zábavný program.

V tomto je Thomayerova nemocnice výjimečná, protože zde kurzy probíhají pravidelně, ne jen formou nárazových seminářů či kurzů. Zde to funguje jako běžná aktivizační součást, která navíc pojme větší počet pacientů, oproti individuální aktivizační práci.

Trénink paměti má pozitivní dopad na dílčí úkony v kognitivních cvičeních, pacienti se hodinu od hodiny zlepšují a jejich práce je rychlejší. Mimo to jsou očividně veselejší. Proto se zde místo dlouhodobých dopadů, které se dají jen obtížně zhodnotit, akcentuje především pacientova větší spokojenost, zvednutí nálady a zavedení dobré pohody.

Fyzické obtíže zde řeší lékaři, na aktivizačních sestrách a ostatních pracovnících je to, aby se snažili zmírňovat psychickou zátěž, projevovat empatii a snažit se předejít

rezignovanosti seniora. Tento typ péče zde bezesporu přispívá k lepší rekonvalescenci pacienta.

9.3 Nemocní a neaktivní senioři potřebující péči a impuls z vnějšku

Výše popsané metody tréninku kognitivních funkcí jsou již poměrně běžně dostupné pro populaci soběstačnou a aktivní. Tito jedinci jsou schopni impulzy z vnějšku přijímat a dostupné nabídky využívat.

Proto považuji za důležité se významněji zaměřit na ty, kteří z nejrůznějších důvodů – nejčastěji zdravotních – nemají sil sami aktivity vyhledat.

9.3.1 Kazuistická studie

Ráda bych zde uvedla kazuistickou studii, která sleduje modelový příklad ženy, která byla celý život aktivní a úspěšná jak v osobním, tak pracovním životě. Ještě v pokročilém věku byla s manželem schopna vyhledávat a navštěvovat různé kulturní akce, jezdit na výlety a navštěvovat známé a blízké. Stárnutí brali oba jako součást života. Přesto se bez zjevného vnějšího impulsu propadla do deprese, až musela strávit delší dobu v nemocnici. Po diagnostikování Alzheimerovy choroby se její psychosomatický stav výrazně zhoršil. Přestala být soběstačná, přestávala se orientovat a začala fyzicky chátrat.

Po velkém úsilí lékařů a rodiny se podařilo pacientku vrátit fyzicky a duševně stabilizovanou do domácího prostředí a dosáhnout toho, že nepropadla rezignaci na zbytek života. Podíl v tom hrálo právě důsledné aktivizování, snaha o neustálou podporu a umožnění příjemných prožitků.

PANÍ M.K. - 88 let

Rodinná anamnéza

Paní M.K. se narodila v roce 1923. Odmalička žije v Praze, je vdaná a s manželem žije ve vlastním bytě, který je pro ně ideální. Manžel, ač je mu 90 let, je dosud velmi zdatný a je schopen se v běžné péči o manželku starat.

Dětství měla příjemné s úplnou rodinou, ekonomicky zajištěnou, ráda na něj vzpomíná. Po ukončení základního vzdělání vystudovala obchodní akademii a důležitou roli v jejím životě hrál její pobyt na UK katedře Tělesné výchovy MFF, kde po studiu sama učila. V zaměstnání byla spokojená a svoji práci měla ráda. V mládí spoluzaložila folklórní soubor, kde dlouho působila jako tanečnice a kde se seznámila se svým budoucím mužem. Tuto dobu považuje klientka za nejšťastnější období svého života.

S manželem spolu žijí přes 60 let a jejich vztah je bezproblémový. Dosud mají společné zájmy a ještě i mnoho přátel. Mají dvě dospělé dcery, které je navštěvují a jsou s nimi i svými 2 vnoučaty v trvalém kontaktu. Celá rodina je podporuje a pravidelně se s nimi schází.

Zdravotní anamnéza

V současnosti diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním začátkem.

Paní M.K. byla velice dlouho na svůj věk velmi vitální i aktivní. Brala běžné prášky (např. na ředění krve, tlak). Odmalička byla velmi zimomřivá a citlivá (až úzkostlivá).

Před zhruba třemi lety se paní M.K. začala cítit špatně, strávila asi 2 týdny ve Vinohradské nemocnici, kde se její psychický i fyzický stav výrazně zhoršil. Velice zhubla a přestala být soběstačná. Začala zapomínat a byla labilní. Její psychický stav se nezlepšoval, tak byla po dohodě s psychiatrem umístěna do Psychiatrické léčebny v Bohnicích.

Přijata byla s diagnózou těžké úzkostně-depresivní poruchy. Jak je patrné z její výstupní zprávy (viz příloha č. 11), na počátku byla pacientka dezorientovaná, zmatená a byla u ní výrazná porucha všech složek paměti (zvláště provozní). Trápila ji nespavost, zmatenost, úzkost a poruchy termoregulace. Vstupní MMSE test (z 28.3.2008) s výsledkem 17 bodů odhalil mírnou až středně těžkou demenci. V Psychiatrické léčebně v Bohnicích strávila asi měsíc, postupně se dokázala opět o sebe začít starat, byla pod dohledem doktorů, psychologů i rodiny. Opakovaný výstupní test MMSE (z 15.5.2008) potvrdil demenci, ale jeho výsledek

byl příznivější – 24 bodů. Právě zde jí byla diagnostikována Alzheimerova choroba (s delíriem nasedajícím na demenci). Při propuštění do domácí péče měla upravenou životosprávu i spánek, byla orientovaná místem, osobou i časem, patrné bylo zlepšení nálady.

Manžel (ročník 1920) jí pomáhá s domácností, nákupy i braním léků. Ačkoliv má bypass, subjektivně se zdravotně cítí mnohem lépe. Je optimistický a duševně vyrovnaný a fyzické obtíže si nepřipouští. Po návratu paní M.K. z nemocničního prostředí domů si s manželem prakticky vyměnili role. Manžel se stará o běžný chod domácnosti, paní M.K. sice většinu dne polehává, ale ví, že se musí hýbat a tak se snaží také občas pomoci (vyprat, umýt nádobí, vytřídit prošlé léky, apod.). Paní M.K. ve všední dny využívá pečovatelskou službu, která jí 1x denně nosí oběd domů. O ten se dělí i s manželem. Chuť k jídlu má, ale chybí jí energie, takže uvítá, když se jí jídlo naservíruje.

Depresivní nálady v ní nárazově přetrvávají, ale navštěvuje psychologa a bere pravidelně antidepresiva. Je velice zimomřivá a choulostivá. Mívá záněty močového měchýře, které ale nejspíše souvisí s její psychickou kondicí. Občas zapomíná a neorientuje se v čase, ale jinak je komunikativní a relativně soběstačná. Je ráda, že již není v léčebně, zároveň ale lékařské služby vyhledává často, protože se necítí dobře. Návštěvy lékaře jsou jedna z mála příležitostí, kdy vyjde ven. Přesto s manželem občas zajde na nějakou kulturní akci či oslavu pořádanou rodinou.

Klientce pomáhá péče lékařů (stálý dohled a kontrola – ujištění, že je v pořádku), zájem okolí, podpora rodiny. Její fyzický stav je velice propojen s psychickou kondicí. Sama se tolik nesnaží být aktivní, potřebuje pomoc z vnějšku. Vítá návštěvy rodiny, účastní se rodinných oslav. Když je ve společnosti, tak má vždy větší motivaci být lépe naladěná. Nechce být na obtíž, ale zároveň neustále vyžaduje kontrolu a dohled. Často z ničeho nic propadne úzkosti a emočním rozladům. S ohledem k jejímu věku jsou ale tyto zdravotní a psychické nezdary logické, sama se zatím dokáže s pomocí blízkých motivovat k lepší náladě a k relativní soběstačnosti.

Na tom, že se paní M.K. opět dokázala vrátit do běžného života, má významný podíl právě neustálá a zároveň přiměřená aktivizace. Zejména jí je velikou podporou soužití s manželem, který o ni pečuje a je pro ni oporou. Díky rodině a blízkým se podařilo, že je paní M.K. schopna vyrazit ven, trávit čas ve společnosti a snažit se na svoji nelehkou zdravotní diagnózu nerezignovat. Snaží se adaptovat se na vzniklou situaci a kvůli blízkým se snaží předcházet depresivním náladám a úzkosti. Právě z nečinnosti a neochoty se něčím

zabývat, pramenila její psychická nespokojenost, která velice úzce souvisela s jejím somatickým stavem. Nedokázala přijímat své fyzické nepohodlí jako přirozený proces, který se ke stáří váže a nechala se propadnout téměř na úplné dno. Přestože je neustále atakována emoční nestabilitou, úzkostí a únavou, stále se snaží si s přáteli zahrát karty a sociálně se neizolovat.

Tato kazuistická studie je modelovým příkladem toho, že je nezbytně nutné se důsledně zacílit i na tuto skupinu již nemocných a neaktivních seniorů.

„Při péči o lidi s Alzheimerovou nemocí pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Program aktivit neznamena pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe...“³³

³³ Zgola, Jitka, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Grada, Praha, 2003, str. 148.

10. Efektivita trénování paměti

Celoživotně optimistický přístup k životu a aktivní prožívání volných chvil, je tou nejjednodušší a nejefektivnější prevencí proti atakům zdravotních nedostatků a psychických rozlad. Psychický stav totiž bezesporu úzce souvisí se somatickým, a proto je důležité po celý život udržovat duševní rozvoj a nepřestat se učit a zdokonalovat se.

Trénování paměti představuje významnou metodu, která podporuje prodloužení soběstačnosti, zlepšení kvality života a zdravého stárání. Na její efektivitu lze pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Například z pohledu výzkumníka, který sleduje míru zlepšení výkonu v paměťových testech po absolvování tréninku. Pak efektivitu sledují lektoři (trenéři), kteří hodnotí postup a mění se výsledky frekventantů svých lekcí. Dále rodinní příslušníci, kteří si pohled utvářejí podle nálady účastníků cvičení paměti, jejich zpětné vazby a měnících se schopností. Nejdůležitější je ale hodnocení samotného frekventanta - jeho subjektivní pocit, schopnost naučené strategie zapamatování využít v běžném životě a hodnocení svých schopností v souvislosti s jejich kladným zlepšením. Mohou tedy zvýšit své sebehodnocení, sebevědomí i soběstačnost. Jednotlivé úhly pohledu se ale mohou ve výsledném hodnocení velmi lišit.

Vzhledem k tomu, že sledování dlouhodobých výsledků tréninku paměti se seniory v sociálních zařízeních je neběžné a složité, snažila jsem se tedy nalézt jinou organizaci nebo projekt, který by nějaký výstupní dokument měl k dispozici. Bohužel, jak jsem již uvedla, většina tréninků, které se provádí, bývají nárazové, neprobíhají dlouhodobě a nejsou (zejména u nás) běžnou praxí.

V této souvislosti bych ráda upozornila na jediný projekt uskutečněný v České republice, který efektivitu trénování paměti dlouhodobě sledoval a předložil srovnatelné výsledky.

10.1 Projekt MŠMT z roku 2009

Významným a jedinečným počinem v ČR se jeví projekt MŠMT: **Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití**. Na tomto výzkumném projektu spolupracuje i ČSTPMJ (Doc. PhDr. Marek Preiss, člen výboru ČSTPMJ pro vědu a výzkum je vedoucím řešitelského týmu, Ing. Dana Steinová je členkou řešitelského týmu.)

s Psychiatrickým Centrem Praha. Vycházím ze záznamu zveřejněného na internetu. (viz příloha č. 12)

Projekt probíhal od 1.7.2006 do 31.12.2010 a spadal pod program Sociálně-ekonomický rozvoj české společnosti. Jeho tematickou oblastí byla stárnoucí česká společnost.

Do konce roku 2009 se dokončovaly statistické a kvalitativní analýzy získaných dat. Sepisovaly se odborné články a některé výsledky již byly zpracovány do metodické příručky (viz příloha č. 13) i do odborné literatury. Dále se výsledky použily do prezentací a popularizujících aktivit. Byl uspořádán vzdělávací workshop pro veřejnost, byl natočen instruktážní i dokumentární film, který byl odvysílán v pořadu ČT - Barvy života. Projekt byl zaregistrován v mezinárodní databázi klinických zkoušek Current Controlled Trials.

Z výsledků tohoto projektu vyplývá, že „trénink paměti měl pozitivní dopad na dílčí výkony v kognitivních testech. Subjektivní hodnocení kognitivních oblastí bylo tréninkem paměti významně pozitivně ovlivněno především bezprostředně po tréninku. Dlouhodobý dopad jednorázového absolvování tréninku nebyl jednoznačně prokázán. Nicméně bezprostředně i dlouhodobě považují účastníci i jejich blízcí absolvování kurzu za prospěšné. Uzavíráme, že trénink paměti má významný pozitivní bezprostřední vliv na dílčí kognitivní výkony i subjektivní sebehodnocení účastníků, že takový trénink lze doporučit seniorům jako jednu aktivitu pro zlepšení kognitivních funkcí i pro podporu sociálních vztahů a jako obecně motivující aktivitu.“³⁴

Plán pro rok 2010, který z tohoto projektu vzešel, byl takový, že se budou členové týmu podílet na popularizaci tréninku kognitivních funkcí, podpoře zdravého stárnutí a udržení samostatnosti ve vyšším věku. Projekt bude pokračovat formou vzdělávacích akcí pro veřejnost a všechny získané informace budou uveřejněny na internetu, ke zhlédnutí v televizi či distribuovány knižně.

Tento projekt mě velmi oslovil, a proto jsem se chtěla blíže seznámit s jeho konkrétnějšími výsledky. Kontaktovala jsem tedy Ing. Steinovou (zakladatelku ČSTPMJ a členku řešitelského týmu) a vedoucího řešitelského týmu docenta Preisse, kteří mě odkázali

³⁴ Projekt MŠMT 2D06013: *Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití*. [online]

Doba řešení: 1.7.2006 – 31.12.2010 [cit. 2010-12-10]. Dostupný z WWW:

<www.pcp.lf3.cuni.cz/vedaavyzkum/granty/trenink_kognitivnich_funkci.doc>.

na diplomovou práci Hany Štěpánkové (*Trénink kognitivních funkcí u seniorů* - katedra Psychologie FF UK, 2009), která výsledky detailně popisuje a srovnává s podobnými světovými poznatky a studiemi. Mapuje zde tedy rozsáhlý a jedinečný výzkum ověřující efekt kurzu „Trénování paměti u kognitivně zdravých seniorů“ (název pro intervenční programy zaměřené na nácvik kognitivních funkcí a aktivizaci seniorů), na kterém se sama podílela a stála u jeho zrodu.

Z její práce vím, že zkoumání efektivity zde bylo sledováno z pohledu krátkodobého (hned po skončení kurzu) a dlouhodobého (s odstupem 6 měsíců). Výzkum probíhal se dvěma skupinami seniorů – experimentální a kontrolní. Nábor se konal prostřednictvím médií a KD Vltavská, kde později tento kurz v rámci výzkumného projektu probíhal. Projektu se mohli účastnit jen ti senioři, kteří dosud nenavštěvovali žádný kurz kognitivních funkcí, byli schopni splnit tři psychologická vyšetření a absolvovat kurzy s minimální absencí. Do konečného statistického zpracování byli zařazeni jen ti s výsledkem MMSE vyšším než 26 (tedy bez kognitivní poruchy). Celkový počet účastníků byl zredukován na 80 členů experimentální skupiny (z toho 17 mužů, věkový průměr 67,7 let) a 78 členů kontrolní skupiny (z toho 13 mužů, věkový průměr 65,6 let).³⁵ Skupiny se statisticky významně nelišily věkem a nejvyšší dosažené vzdělání bylo také srovnatelné. Skupiny byly poprvé vyšetřeny na jaře 2007. Kurzy probíhaly v pěti týdnech, kdy účastníci prošli v 9 blocích 20 vyučovacích hodin tréninku kognitivních funkcí. Kurz dokončilo 145 osob. Další sběry dat byly hned po skončení kurzu (u 139 osob) a pak na konci roku 2007 (vyšetřeno 87 osob).³⁶

Z podrobně popsanych výsledků vyplývá, že kurz byl hodnocen přínosně (zejména bezprostředně po kurzu oproti hodnocení v odstupu 6 měsíců). „*V mnoha parametrech došlo v hodnocení bezprostředně po ukončení kurzu ke statisticky významnému zlepšení v subjektivním hodnocení: a to v hodnocení vlastní paměti celkově, paměti na čísla, paměti na obličeje, teoretických vědomostí o fungování mozku, schopnosti učit se novým věcem, motivace k aktivitě celkově a společenského života s rodinou.*“³⁷

³⁵ Podrobný popis skupin s podrobnou statistikou ve formě grafů a tabulek lze nalézt ve zmíněné diplomové práci Hany Štěpánkové.

³⁶ Podrobná metodika a popis průběhu výzkumu obsahuje praktická část zmíněné diplomové práce.

³⁷ Štěpánková, Hana. *Trénink kognitivních funkcí u seniorů*, Diplomová práce, FF UK, katedra Psychologie, vedoucí Jiří Šípek, Praha, 2009, str. 83.

V Diskusi (2009, str. 91–96) své diplomové práce poukazuje Hana Štěpánková na několik drobných nedostatků, kvůli kterým tento výzkum není úplně klasický a zcela s jasně danou vypovídající hodnotou. Oproti mezinárodním studiím má tento projekt několik handicapů, které ho činí méně obecně definovatelným. Pisatelka zmiňuje to, že zařazení do skupin nebylo náhodné, i když rovnocenné. Namátkovost výběru by mohla přinést čistší data, ale studie by byla náročnější na realizaci. Dalším nedostatkem této studie podle Štěpánkové je to, že: *„Náš soubor není reprezentativní, co se týče obecné populace. Oproti běžné populaci je vzdělání našeho souboru průměrně vyšší. Výsledky tedy vypovídají o vlivu kognitivního tréninku na specifickou část populace soběstačných seniorů, který je vzdělanější a ve svém věku také stále aktivní v nabývání nových vědomostí.“*³⁸ Jak mi v osobním rozhovoru řekla paní Steinová, sama tento výzkum považuje za částečně zkreslený, protože účastníci věděli, že jsou členy zkoumaných skupin a jejich odpovědi nemusely být vždy úplně spontánní. Lidé se prý ve výzkumném procesu chovali o trochu jinak. I tuto problematiku shrnuje Štěpánková ve své práci: *„Není problém získat osoby s vyšším vzděláním, které spontánně zájem mají, a to i bez finanční odměny. U osob s nižším vzděláním hraje finanční odměna roli zásadní a motivace k výkonům přesto může být velmi nízká a může zpochybnit validitu.“*³⁹ Dále v podobném duchu popisuje to, že přístup osob byl umocněn možností srovnání velkého počtu osob najednou. Narazili totiž na problém, že někteří frekventanti kurzů nepočítali s vyvíjením vlastní aktivity a trénink brali jako „instantní lék na paměť“ bez práce z jejich strany. Zkoušející naráželi tedy na rozdíly v přístupu, aktivitě a ochotě podřídit se. Největším handicapem studie však byla nestandardnost průběhu oproti běžným tréninkům, co se týče hromadnosti. Kurzy probíhaly hromadně v celkovém počtu 145 osob v ozvučeném podzemním sále a tyto podmínky nebyly pro všechny zcela vyhovující. Obvykle se kurzy konají pro 10-15 osob v menší místnosti, kde je možný individuálnější přístup, intenzivnější práce a přizpůsobení se konkrétním požadavkům. V takovém případě by studie jistě zaznamenala prokazatelnější a statisticky významnější výsledky.

Závěrem tedy vyplývá, že cílené zaměření se na zvýšení sebevědomí a zachování soběstačnosti se zde ověřilo, přinejmenším v krátkodobém horizontu.

³⁸ Štěpánková, Hana. *Trénink kognitivních funkcí u seniorů*, str. 91-92.

³⁹ Tamtéž.

Přestože byl tento projekt realizován na kognitivně zdravém vzorku seniorů, tak je trénink paměti stále hojně diskutován jako přínosná preventivně-aktivizační metoda, která má smysl a může jediné prospívat. Byť by byla jeho efektivita pouze krátkodobá, tak jde stále o metodu, která seniora nutí k činnosti a soběstačnosti a pomáhá předcházet některým neduhům, které stárnutí provází.

Závěr

Zásadní zjištění, které jsem si během psaní této práce a svého krátkého působení v Thomayerově nemocnici uvědomila je, že trénování paměti má naprosto nesporný smysl, a to v jakémkoli věku jedince. Tento model, který fungoval v nemocnici, mi imponoval v tom, že do procesu tréninku paměti zapojil i ty seniory, kteří by se k této metodě pravděpodobně již sami nedostali, pokud by tuto aktivizaci neměli doporučenou od lékaře.

V souvislosti s výše uvedenými potřebami a trendy ve společnosti (prodlužování aktivního věku, zlepšení kondice a soběstačnosti, prevenci závislosti atd.) považuji za aktuální a významné více rozvíjet a podpořit přednostně 3 okruhy problematiky:

- 1) Dostat trénování kognitivních funkcí do povědomí občanů již v raném stáří, zefektivnit jeho popularizaci a předcházet touto metodou možným kognitivním úpadkům.
- 2) Pravidelně realizovat tréninky paměti v co nejvíce sociálních zařízeních pro seniory.
- 3) Propagovat a doporučovat trénink poznávacích funkcí jako podpůrnou léčbu pro nemocné seniory (zejména trpící Alzheimerovou chorobou) a doplnit tak touto aktivizací léčbu farmaceutiky.

Cílem by mělo být oslovit co největší počet takových seniorů, kteří jsou ještě relativně „v pohodě“ a nemají ještě důvod podobné aktivity sami vyhledat. Dostupnost a běžné vyhledávání aktivizačních programů pro seniory by mělo být součástí kvalitní životní náplně starých občanů. Trénink paměti považuji za ideální preventivní nefarmakologický způsob, který může předcházet vzniku chorob i bránit jejich negativnímu vlivu na celkovou pohodu stárnoucího člověka. Zvyšuje soběstačnost a zároveň se nejedná jen o aktivní zábavu. Měla by se zvýšit povědomost o této technice, o jejích výsledcích a tím jí dodat atraktivitu. Je to metoda, která přispívá ke zpomalení patologického stárnutí, udržuje duševní pohodu a aktivitu. Ta je v přiměřené formě nezbytná a prospěšná každému seniorovi.

Jednou z důležitých změn by mohlo být právě podchycení těch seniorů, kteří se (byť jen krátkodobě), ocitnou v péči nějakého sociálně-zdravotního zařízení. Právě zde by měla probíhat určitá propagace, díky které se senioři o tomto zábavném, nenáročném a prospěšném cvičení dozvědí. A v nejlepším případě si ho budou moci v daném zařízení sami vyzkoušet.

Napadlo mě, že by se nějaká forma aktivizace (zejména kognitivní trénink), mohla stát metodou „na předpis“. Lékař by pacientům doporučil, či přímo předepsal docházení do nějakého aktivizačního centra. Zde by působili vyškolení lektori a tak by se tato metoda dostala do povědomí společnosti a nebyla by jen ve formě placených kurzů pro zainteresované. Nebylo by tedy docházení na kurzy trénování paměti jen otázkou vůle, chtění a spolupráce seniora, ale pacient by to mohl vnímat jako lék a přistupoval by k tomu zodpovědněji a s větší důvěrou. Díky veřejným kurzům a programům ČSTPMJ přibývá i vyškolených trenérů paměti a jejich uplatnění by v tomto případě bylo efektivnější a žádanější. Proto tedy nastiňuji otázku, zda by se aktivizace seniora neměla stát podpůrnou součástí zdravotního systému, který by pak účinně napomohl k její propagaci a popularizaci. Chápu, že tato myšlenka by znamenala velký zásah do systému a vyžadovala by si změny a související úpravy. Jde proto jen o teoretickou úvahu nad tím, že trénink paměti není ani po lékařské stránce zanedbatelný... Zejména pro samostatně neaktivní seniory, kteří trpí nějakou formou demence či jinou počínající chorobou psychosomatického charakteru, je třeba vyvinout impuls (v podobě doporučení od lékaře) k nějakému aktivizačnímu programu. Možnou alternativou k předepisování antidepresiv by se mohla stát pravidelná návštěva tréninku kognitivních funkcí.

Z této práce plyne jedna zásadní myšlenka, se kterou naprosto souhlasím –

trénink paměti by se měl stát přirozenou součástí celkové přípravy na stáří.

Literatura

BUIJSSEN, Hub: *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*, Portál, Praha 2006, 136 str. ISBN 80-7367-081-X

ČSTMPJ: *Česká alzheimerská společnost pro trénování paměti a mozkový jogging* [online]. 2009 [cit. 2011-01-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.trenovanipameti.cz/cstpmj/htm>> , <<http://www.trenovanipameti.cz/http/htm>>.

Česká alzheimerská společnost [online]. 2004, 2010/12/20 [cit. 2010-12-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=2>> , <<http://alzheimer.cz/?PageID=627>>.

ČERVENKA, Václav. *Problematika stáří*. Microsoft Powerpoint [online]. Pražská diecéze CČSH, PL Bohnice: c2011 [cit. 2010-12-15]. Problematika stáří. Dostupné z WWW: <www.husiti.cz/ccshpd/attach/stari.ppt>.

DUŠOVÁ, Bohdana. *Aktivizace ve stáří*. Microsoft Powerpoint [online]. Ostravská univerzita v Ostravě, 2006 - 2011 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_11.pdf

HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Česká alzheimerská společnost, Praha, 2003, 88 str., ISBN 80-86541-12-6.

CHLUPÁČ, Martin. *Brain jogging: Trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré* [online]. 2009 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.brainjogging.cz/in-the-news/americkastudiepotvrzujeucinnostevicenihappyneuronupacientuavranemstadiualzheimerovychoroby>>.

CHLUPÁČ, Martin. *Brain jogging: Trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré* [online]. 3.6.2010, 9.6.2010 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.brainjogging.cz/in-the-news/kognitivnitreninkjeochranapreddemenci>>.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*, Grada, Praha, 2009, 176 str. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk, a kolektiv. *Úvod do gerontologie a geriatrie: 1. díl – Gerontologie obecná a aplikovaná*, Karolinum, Praha, 1997, 194 str. ISBN 80-7184-366-0.

MAGARO , Peter. *Brain jogging: Trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré* [online]. 2010 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.brainjogging.cz/in-the-news/kognitivni-trenink-bychom-meli-predepisovat-vsem-kdo-jsou-ohrozeni-alzheimerovou-chorobou>>.

MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)* [online]. 2008 [cit. 2011-02-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

Národní agentura pro evropské vzdělávací programy [online]. 2007-2011 [cit. 2011-01-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.naep.cz/grundtvig>>.

Národní agentura pro evropské vzdělávací programy [online]. 2007-2011 [cit. 2011-01-06]. Dostupné z WWW: <http://www.naep.cz/index.php?a=view-project-folder&project_folder_id=509>,<http://www.naep.cz/index.php?a=view-project-folder&project_folder_id=508>.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric: Geriatrická diagnostika*, Scientia Medica, Praha, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PIDRMAN, Vladimír. *Dementia*, Grada, Praha, 2007, 184 str. ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, Marie; ZUBKOVÁ, A.; DRLÍK, M. *Aktivizace seniorů, komunitní a vzdělávací aktivity pro seniory*. Microsoft Powerpoint [online]. Masarykova veřejná knihovna, 2009 [cit. 2011-01-06]. Dostupné z WWW: <www.mvk.cz/archiv/.../MVK-100427-aktivizace-seniorufinal.ppt>.

Poruchy paměti [online]. 2007 [cit. 2011-02-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.poruchypameti.cz/co-je-porucha-pameti.html>>.

Poruchy paměti [online]. 2007 [cit. 2010-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.poruchypameti.cz/co-je-pamet.html>>.

PREISS, Marek; KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Trénování paměti a poznávacích schopností*, Grada, Praha, 2009, 208 str. ISBN 978-80-247-2738-7.

Projekt MŠMT 2D06013: *Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití*. [online] Doba řešení: 1.7.2006 – 31.12.2010 [cit. 2010-12-10]. Dostupný z WWW: <www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/vedaavyzkum/granty/zpravy.../NPV2TP09.doc>.

SAMUEL, David. *Paměť: Jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšovat*, Grada, Praha, 2002, 108 str. ISBN 80-247-0186-3.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana. *Trénink kognitivních funkcí u seniorů*, Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře Psychologie. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc. Praha, 2009.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*, Karolinum, Praha, 2007, 461 str. ISBN: 978-80-246-1318-5.

VOSTROVSKÁ, Hana. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*, Státní zdravotní ústav, Praha, 1998. 21 str. ISBN 80-7071-093-4.

ZGOLA, Jitka, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Grada, Praha, 2003, 232 str. ISBN 80-247-0183-9.

Čerpala jsem se souhlasem Mgr. Kvetoslavy Hoškové z jejích odborných přednášek a seminářů. Poskytla mi jako cenný zdroj své soukromé powerpointové prezentace (Trénink kognitivních funkcí – prevence delirantního stavu, Trénování paměti) a materiály, které nasbírala během svého dalšího profesního vzdělávání.

Další prostudovaná literatura

Cvičení seniorů [online]. 2002-2009 [cit. 2011-01-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha/cviky/vek/seniori.html#income>>.

CALLONE, R, P, KUDLACEK, C, VASILOFF, C, B, MANTERNACH, J, BRUMBACK, A, R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Grada, Praha, 2008, 120 str. ISBN 978-80-247-2320-4.

DESSINTOVÁ, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout*, Portál, Praha, 1999, 132 str. ISBN 80-7178-255-6.

KLUCKÁ, Jana, Mgr.; VOLFOVÁ, Pavla, PhDr. *Kognitivní trénink v praxi*, Grada, Praha 2009, 160 str. ISBN 978-80-247-2608-3.

LAIROVÁ, Sylvie. *Trénink paměti: principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti*, Portál, Praha, 1999, 152 str. ISBN 80-7178-293-9.

OČENÁŠKOVÁ, Jana. *Alzheimerova choroba v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, Pfizer, Olomouc 1998, 96 str. ISBN 80-85800-96-9.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*, Portál, Praha 1999, 320 str. ISBN 80-7178-274-2.

TAŠKOVÁ, Jana. *Význam trénování paměti u seniorů*, Diplomová práce. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity. Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zdeňka Dohnalová. Brno 2008.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Obrázek na hledání rozdílů (obrázek)

Příloha č. 2: Hledání slov podle abecedy (obrázek)

Příloha č. 3: Plánek náměstí (obrázek)

Příloha č. 4: Slepý plánek náměstí (obrázek)

Příloha č. 5: Ciferníky (obrázek)

Příloha č. 6: Masky (obrázek)

Příloha č. 7: Kvadronymum (obrázek)

Příloha č. 8: Kvadronymum (obrázek)

Příloha č. 9: Cizí slova (obrázek)



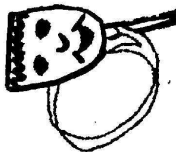


Příloha č. 10: Hledání skrytých slov ve větě (obrázek)

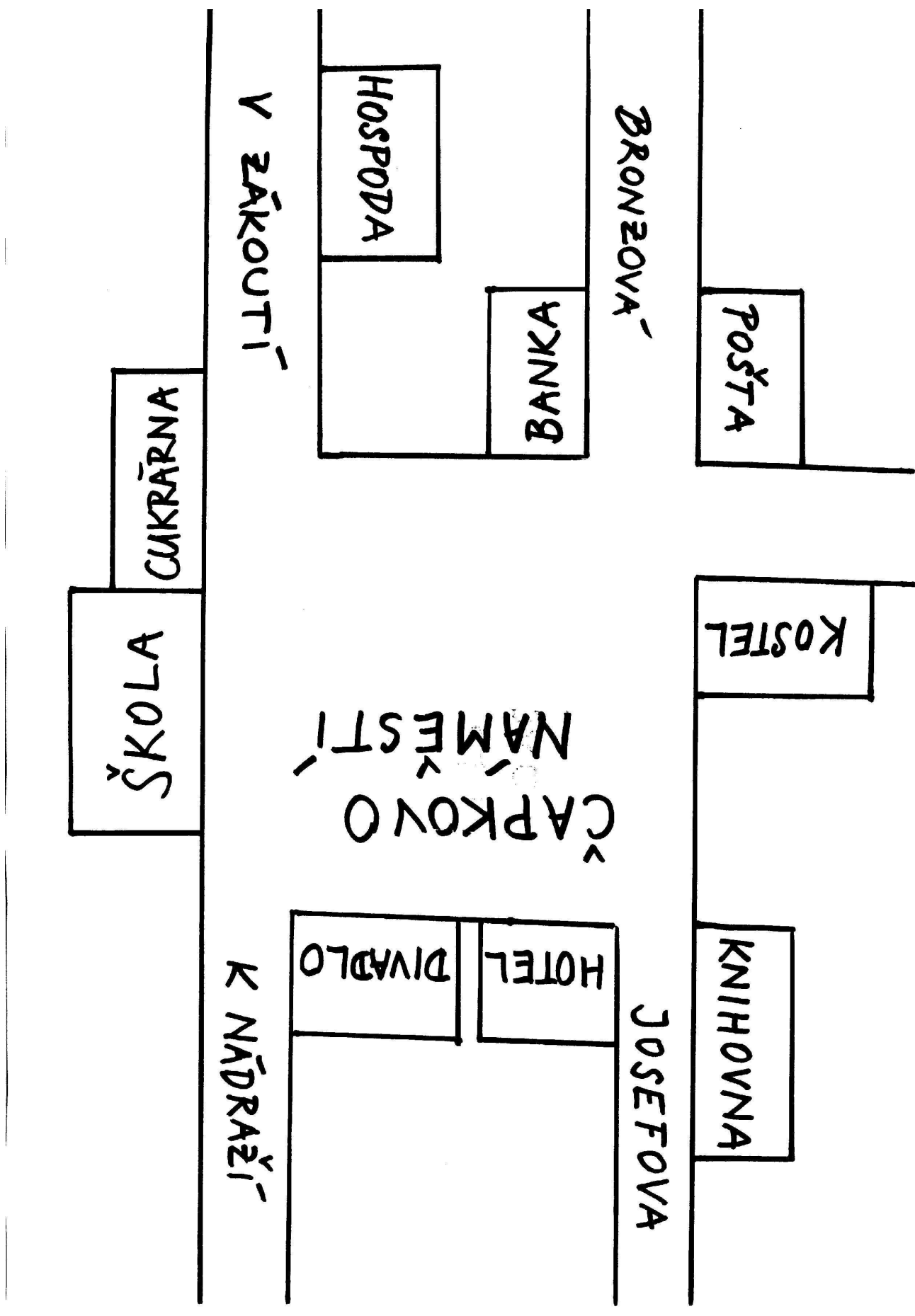
Příloha č. 11: Zpráva ošetřujícímu lékaři, výstupní zpráva

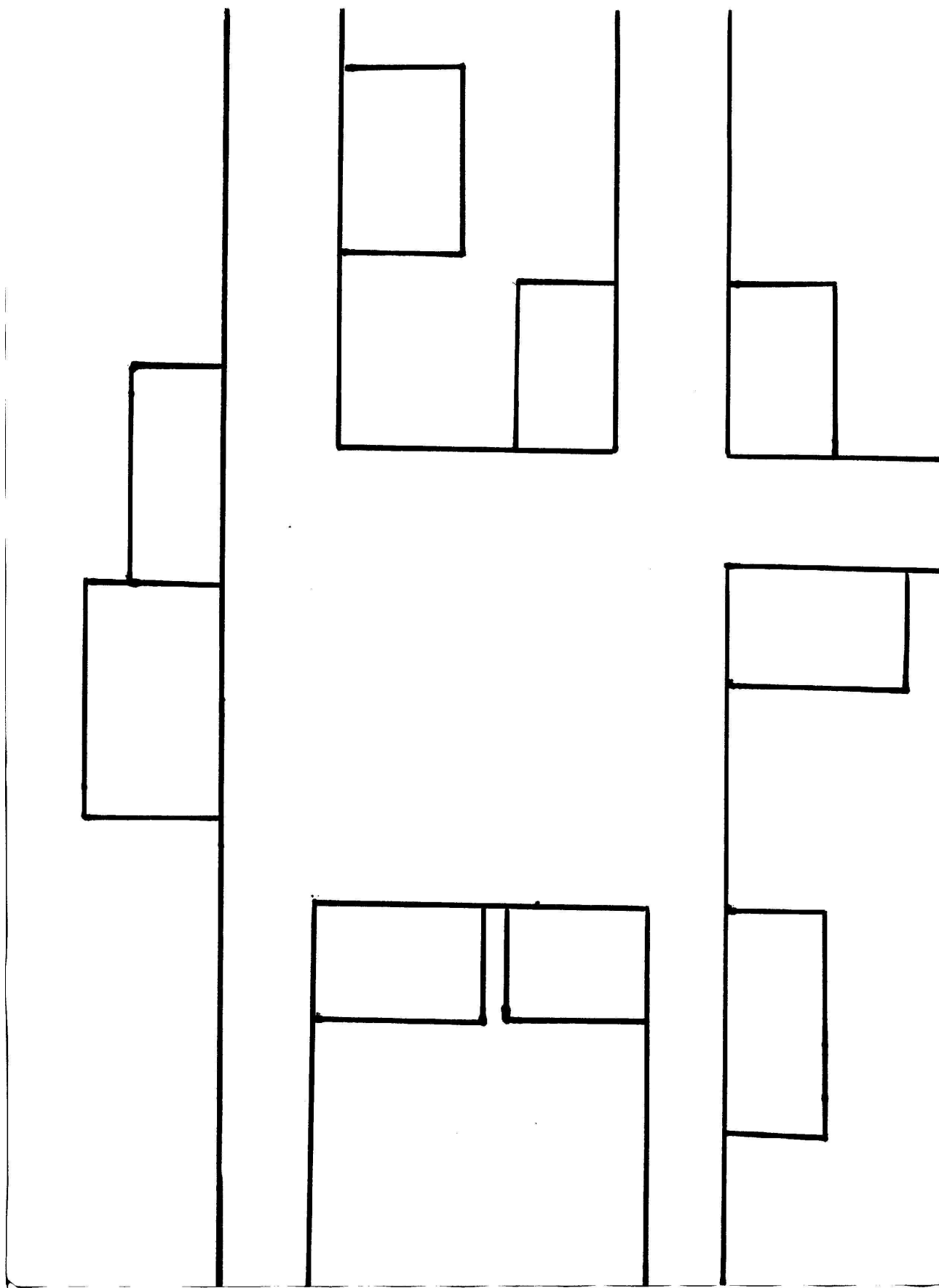
Příloha č. 12: Projekt: Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití

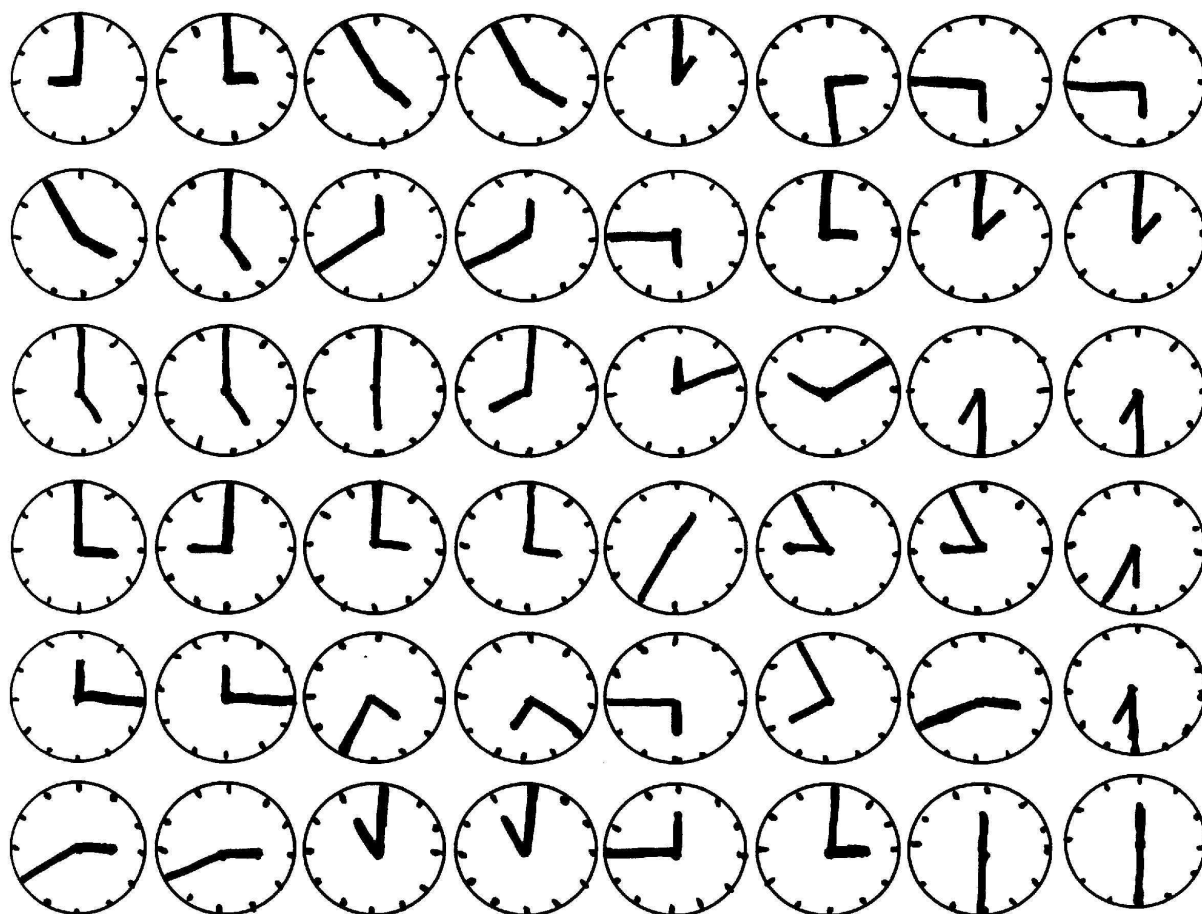
Příloha č. 13: Metodická příručka trénování paměti

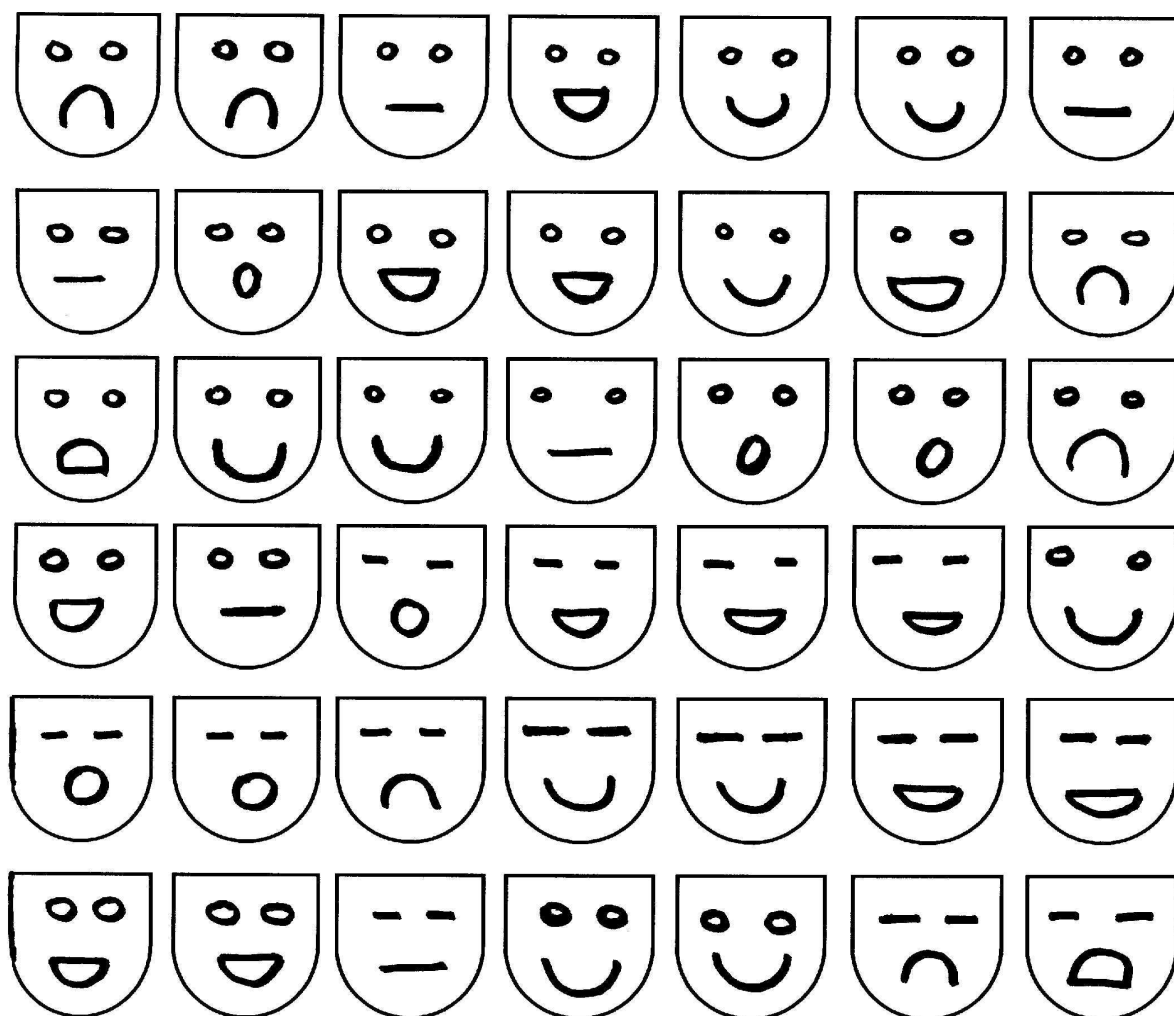


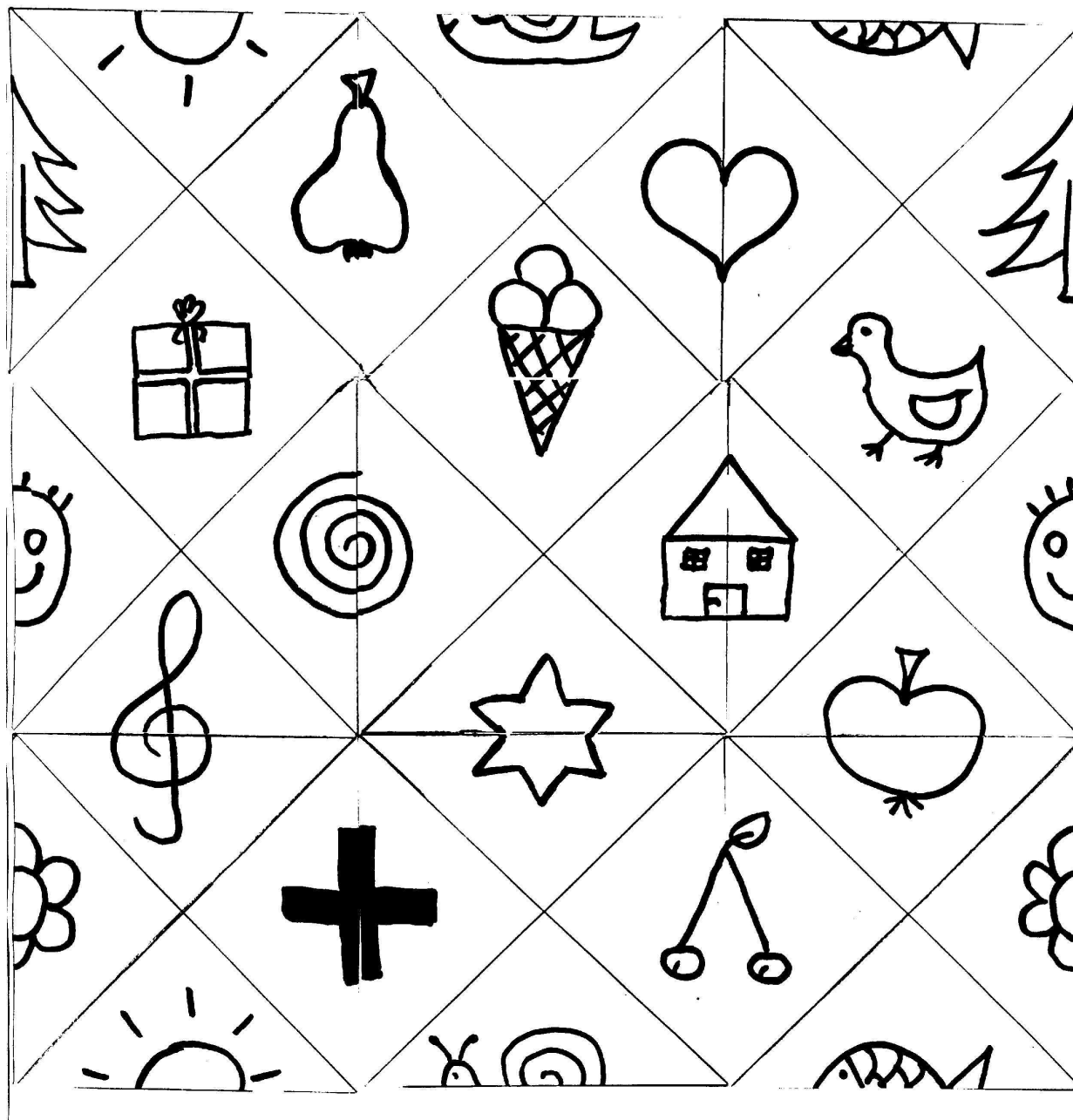
SCÉNÁŘ  ZLOMÁZKA IMPROVIZACE
FOFBÍNA REKvizITY ČERT TĚ VEM!
MONOLOG CIMRMAN POTLESK  GALERIE
ESTRÁDA HLEDIŠTĚ  VÝPRAVA
BALKÓN NÁPOVĚDA  APLAUS
JEVIŠTĚ  OPONA
LÍČIDLA  KULISY
TOČNA DĚKOVAČKA
ŠATNA  UVADEČKA
CHOREOGRAF ŽIDLE

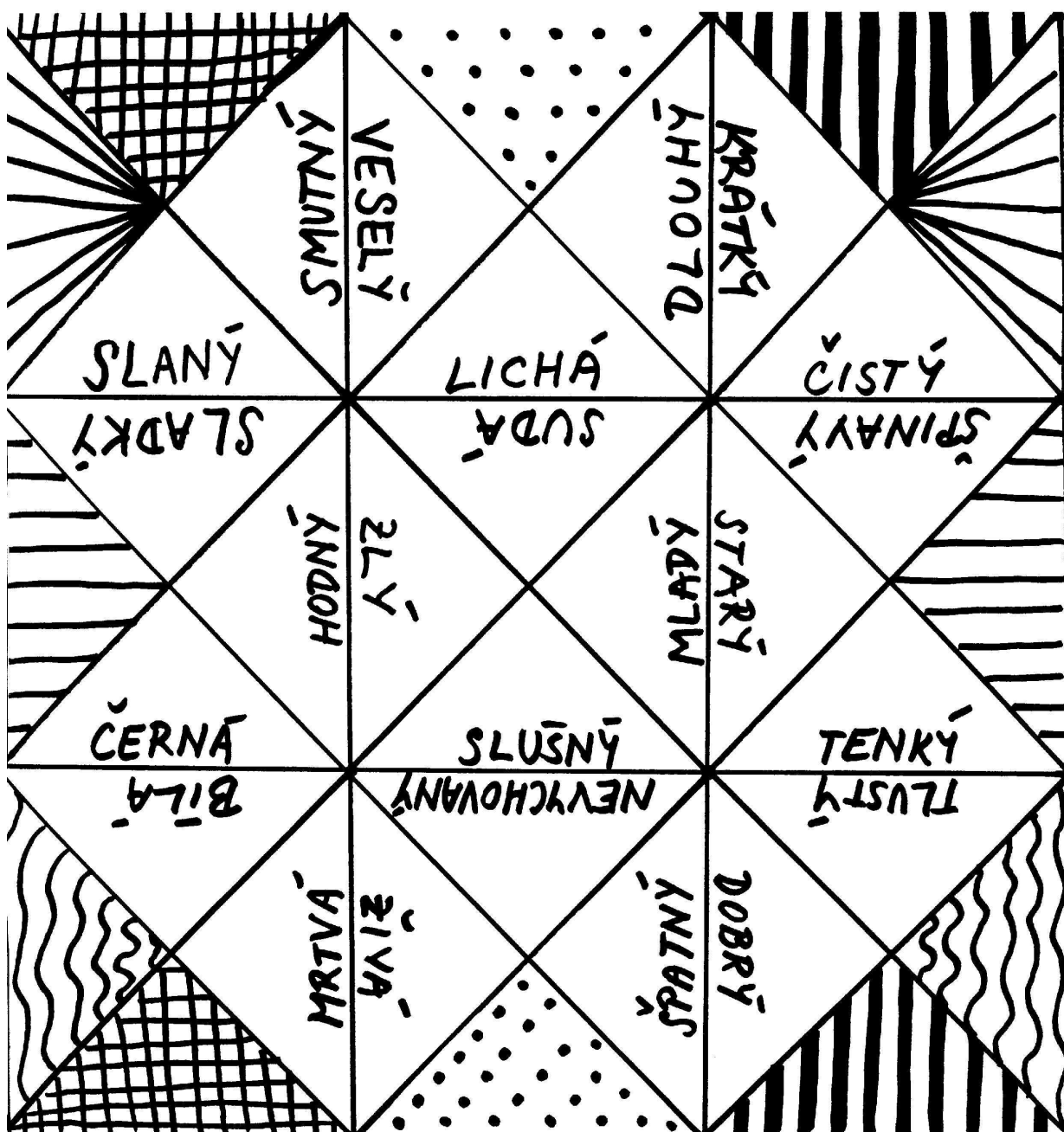












KULMINOVAT - vrcholit	FREKVENTANT - účastník
AKCELERACE - zrychlení	ASPIROVAT - ucházet se, nárokovat
FATÁLNÍ - osudový, neblahý	INVENCE - důvtip, nápad, vynalézavost
DIALOG - rozhovor, beseda	EMANCIPACE - zrovnoprávnění
PREZENTOVAT - předvádět, představit, předložit, podat	INSTALACE - zavedení, umístění
PARTICIPOVAT - podílet se, účastnit se	ŽOVIÁLNÍ - bodrý, veselý, dobromysl.
LÍDR - vedoucí, tahoun	KONFRONTACE - střetnutí, porovnání
IMITOVAT - napodobovat	ADAPTACE - přizpůsobení, úprava
INTERESANTNÍ - pozoruhodný, zajímavý	STAGNACE - uváznutí, strnutí
IZOLOVAT - oddělit	INTEGRACE - zapojení, začlenění
ARTIKL - zboží, předmět	SATISFAKCE - zadostiučinění
IMAGINÁRNÍ - zdánlivý, vymyšlený, pomyslný	DIRIGOVAT - řídit, ovládat, směřovat
ELEMENTÁRNÍ - základní	DIFERENCIACE - rozlišení, odlišení
BOJKOT - přehlížení	INFANTILNÍ - dětinský, nevypělý
	VALIDITA - platnost
	DEKLAROVAT - prohlásit, vyhlášovat
	MARKANTNÍ - výrazný, zjevný
	VITÁLNÍ - živý, temperamentní

HLEDÁME NÁZVY STROMŮ:

- 1) Pan Novák šel na rentgen, protože ho bolí palec.
- 2) Jestli máš rýmu, vysmrkej se!
- 3) Neboj se, přijdu brzy, mamí.
- 4) Jed ležel hned vedle otráveného jablka.
- 5) Otevřeli jsme to ztuhla, brána byla zrezivělá.
- 6) Zavolej a sanitka dnes přijede.
- 7) Nejlepší bude, Matěji, když to položíš na své místo.
- 8) Protože jsme dobří, zasloužíme si pochvalu.

HLEDÁME NÁZVY VODNÍCH TOKŮ:

- 1) I ty ledy jednou zmizí, zase bude jaro.
- 2) Znal abecedu již ve čtyřech letech.
- 3) Uvidíme tu jedinečnou výstavu obrazů.
- 4) Večer uvidíte plápolat táboráky.
- 5) Po dobrém ženichy k oltáři nedostaneš.
- 6) Trochu povol hadičku nádrže.

Psychiatrická léčebna Bohnice

Ústavní 91, 182 02 Praha 8, tel. 284016111, IČO: 00064220

Zpráva ošetřujícímu lékaři

Číslo chor.: 1405/08

Č. stanice:

10 př.

A	
Rodné číslo:	[REDACTED]
Příjmení, jméno:	K [REDACTED] M [REDACTED]
Rozená/y:	[REDACTED]
Trvalé bydliště:	[REDACTED]
Přechodné bydliště:	[REDACTED]
Číslo OP:	
Č. potvrzení PN:	Vydal:
Zaměstnavatel:	
Příjemci doporučil:	
0 - narození	
1 - praktický lékař	
2 - jiný oš. lékař	
3 - lékař LSP	
4 - lékař RZP	
5 - jiné zařízení	
6 - jiné oddělení	
7 - bez doporučení	
8 - soc. pracovník	
9 - hospit. pokračuje	
Pojišťovna: 111	
Stav:	
0 - nezjištěno	
1 - svobodný/á	
2 - ženatý, vdaná	
3 - rozvedený/á	
4 - ovdovělý/á	
5 - druh, družka	
Zaměstnání:	
0 - nepracující, dítě	
1 - vedoucí a řídící pracovník	
2 - vědecký a odb. duš. pracovník	
3 - techn., zdrav. a ped. pracovník	
4 - nižší administrativní pracovník	
5 - provozní pracovník ve službách	
6 - kvalifikovaný zemědělský a les. dělník	
7 - řemeslník a kvalifikovaný dělník	
8 - obsluha strojů a zařízení	
9 - pomocný a nekvalifikovaný pracovník	
Nejbližší příbuzný:	dcera - M [REDACTED]
Odesílající lékař:	MUDr. V [REDACTED] FNKV

B			
Přijímací (oš.) lékař: MUDr. Alžběta KUNCOVÁ	Důvod přijetí:	Přijetí:	Začátek příznaků:
Datum přijetí: 20.03.2008, 10:43	1 - ochranná léčba	1 - neodkladné	Datum: Hod., min.:
	2 - sociální důvod	2 - plánované	
	3 - diagnostický	3 - jiné	
	4 - léčebný		
	5 - jiný		
Doporučen k přijetí s dg.: 32			
Diagnóza při přijetí: F409 Fobické úzkostné poruchy - Anxiosně fobická porucha, NS			
Základní dg.: G301 - Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem			
Ostatní:			
Leukoaraiosa, Kortikální a periventrikulární atrofie CNS			
ICHS, st. p. IM			
Emfysem plic			
Datum propuštění (úmrtí): 18.06.2008 V případě úmrtí hod. a min.:			
Předán do další péče (komu):			
MUDr. Flek, psych. ordinace, Polikl. Ukrajinská, Praha 10, prakt. léc. MUDr. Daniela Dvořáková, dtto.			
Přeložen (kam) do místa trvalého bydliště			
Bezprostřední příčina smrti:			
Základní příčina smrti:			
Jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře: MUDr. Otokar BOHÁČ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BOHNICE ÚSTAVNÍ 91, 181 02 PRAHA 8 tel. č. 284 016 210 odbornost 3U5 </div>		
	Datum: 18.6.08		

Psychiatrická léčebna Bohnice
Pavilon 10

Výstupní zpráva, úst. léčba od 20.03.2008 do 18.06.2008 (90 dnů), 1. hospitalizace
Kuřimská, Marie, odd. 10 př.

RES - lékař: MUDr. Petr, I. int. klin. FNKV: těžká úzkostně-depresivní porucha
 84letá žena s dg. těžká úzkostně-depresivní porucha, překládána z FNKV po domluvě s
 prim. Krombholzem. Na CT korová a periventrikulární atrofie. T.Č. v popředí projevy smíšené
 demence s anxió-depresivním syndromem, v.s. odeznělý delir. stav, nased. na demenci.

Anamnéza: RODINNÁ

bez zátěže.

OSOBNÍ

AS univ. ICHS chron., chron. LBBB, art. hypertenze, stp kyretáží v 27 letech, TE

LERGIE

ne dokumentace: Biseptol

GYNEKOLOGICKÁ

menopauza, údajně 2 porody.

SOCIÁLNÍ

Vdaná, bydlí s manželem. SD, do důchodu vysokoškolská profesorka tělocviku. Důchod pobírá
 8., dispoziční právo údajně má manžel.

ABUSUS

nekouří, nepije, léky jen předepsané.

PSYCHIATRICKÁ

údajně sledována pro depresi, neví kde a jak dlouho.

FARMAKOLOGICKÁ

Amprilan, Hydrochlorothiazid, Atarax, Asentra, Laktulosa, infuze

RES - psycholog: Test MMSE 28.3.08 = 17 bodů, 15.5.08 = 24 bodů.

NO dle pacienta: Je na Vinohradech v nemocnici. Má lymfatickou leukemii, doktor ji řekl
 zatím bez terapií. Už byla na tom vyšetření. Tady ukazuje na hrudník. Nemůže si
 vzpomenout, jak se to jmenuje. "Ježíšmaria" to je hrozný. Nemám mozek.
 Bydlí v Vršovcích, je jí 85 let. Manžel je o 3 roky starší. Kolik mu může být. Nemůžu to
 spočítat. Je na výzkumu. Má budík. Jmenuje se. Tak to nepamatují. Musím brát
 antidepresiva. To psal doktor na urologii. Jsem chtěla jít tam, kde mi dají
 antidepresiva. Spím jen po práškách, a mám zácpu. Je mi hrozně trapné, že jsem se po cestě
 pomohla. Ted' mám pleny, tak už můžu? Ani neostříhali mi nehty. Stydím se. Mám zácpu. Ani
 nevím, proč nechodím. Mám závratě.
 Hubla, nechutná jí jídlo, ani neví, proč. Měsíc? Nevím. Rok? To jsem věděla. No, zase ta
 hlava. Nervózně přebírá deku. Je mi zima. Manžel je na výzkumu. Syn dělá jen 2 hodiny na
 letišti. Nemůže se o nás starat. Zaplatila bych pečovatelku. Dcera Ivanka je před
 maturitou, musí se hodně učit. "nebudete mi dělat tohle vyšetření. Co jsem zapomněla..?"

SPP: Při vědomí, orientovaná jen rámcově osobou, dezorientovaná místem, časem a
 situací, snaží se navázat kontakt, v tenzi, neudrží determin. linii pohovoru, zabíhává, ale
 odklonitelná, forie pokleslá, bez suicid. proklamace, vnímání bez poruch, v popředí výrazná
 porucha všech složek paměti.

SPS: Oběh. komp. neurol. bez

lateralizace, hypohydratovaná, kachektická, imobilní, inkontinentní.

Laboratorní vyšetření: 27.03.2008, 11:49

BIOCHEMIE HGB-Hemoglobin 123 g/l [109 - 155], **HCT-Hematokrit** 0.351 l
 [0.35 - 0.47], **RBC-Erytrocyty** 4.20 10¹²/l [3.9 - 5.1], **MCV-Střední objem Ery** 84 fl [80
 - 96], **MCH-Hemoglobin v Ery** 29 pg [28 - 33], **MCHC-Střed. konc. Hb v Ery** 352 g/l [330 -
 360], **RDW-Distribucní síra Ery** 0.105 l/l [0.11 - 0.156], **PLT-Trombocyty** 301 10⁹/l [149
 - 409], **MPV-Střední objem PLT** 4.9 fl l [7.5 - 12.5], **WBC-Leukocyty** 7.69 10⁹/l [4 -
 10], **Neutrofilní segmenty** 0.403 l/l [0.48 - 0.7], **Eozinofily** 0.025 l [0.01 - 0.04],
Bazofily 0.001 l [0 - 0.01], **Monocyty** 0.026 l [0.02 - 0.11], **Lymfocyty** 0.545 l/l [0.25
 - 0.45], **S-Mocovina** 2.2 mmol/l l [2.9 - 8.2], **S-Kreatinin** 45 umol/l l [53 - 106],
S-Kyselina mlová 82 umol/l l [137 - 144], **S-Kalium (K⁺)** 4.44 mmol/l [3.9 - 5.3], **S-Chloridy (Cl⁻)** 102 mmol/l [98 - 107], **S-Vápník**
 2.25 mmol/l [2.2 - 2.55], **S-Zelezo (Fe)** 7.6 umol/l [6.6 - 28], **S-Bilirubin** 7.4
 umol/l [3 - 19], **S-ALT** 0.29 ukat/l [0.15 - 0.58], **S-AST** 0.40 ukat/l [0.16 - 0.55], **S-GMT**
 0.31 ukat/l [0.15 - 0.92], **S-Alkalická fosfataza** 1.41 ukat/l [0.66 - 2.4], **S-Celkové**
bílkoviny 54.0 g/l l [62 - 77], **S-Albumin** 31.0 g/l l [32 - 46], **S-Beta-Lipoprotein** 3.1

Psychiatrická léčebna Bohnice
Pavilon 10Výstupní zpráva, úst. léčba od 20.03.2008 do 18.06.2008 (90 dnů), 1. hospitalizace
[redacted], odd. 10 pž.g/l L! [3.6 - 6.4], S-T3 1.15 nmol/l [0.89 - 2.44], S-T4 89.0 nmol/l [62.7 - 150.8],
S-TSH 1.20 mU/l [0.35 - 4.94], S-Glukóza 4.7 mmol/l [4.2 - 5.6], U-Hustota 1005 kg/m³
[1003 - 1035], U-pH 7.5 H! [5.5 - 7], U-Leukocyty neg, U-Nitrity neg, U-Bilkoviny neg,
U-Glukóza neg, U-Ketolátky neg, U-Urobilinogen neg, U-Bilirubin neg, U-Krev neg,
MS-Erytrocyty 0-4 2 /ul [0 - 5], MS-Leukocyty 0-4 6 /ul [0 - 10],
14.04.2008, 11:07BIOCHEMIE HGB-Hemoglobin 146 g/l [109 - 155], HCT-Hematokrit 0.420 l
[0.35 - 0.47], RBC-Erytrocyty 4.81 10¹²/l [3.9 - 5.1], MCV-Střední objem Ery 87 fl [80
- 96], MCH-Hemoglobin v Ery 30 pg [28 - 33], MCHC-Střed.konc.Hb v Ery 347 g/l [330 -
360], RDW-Distribucní šířka Ery 0.106 l L! [0.11 - 0.156], PLT-Trombocyty 359 10⁹/l [149
- 409], MPV-Střední objem PLT 6.7 fl L! [7.5 - 12.5], WBC-Leukocyty 11.00 10⁹/l H! [4 -
10], Neutrofilní segmenty 0.503 l [0.48 - 0.7], Eozinofily 0.028 l [0.01 - 0.04],
Bazofily 0.008 l [0 - 0.01], Monocyty 0.057 l [0.02 - 0.11], Lymfocyty 0.405 l [0.25 -
0.45], S-CRP (Wide-Range) 6.06 mg/l H! [0.11 - 2.51], S-Mocovina 5.4 mmol/l [2.9 - 8.2],
Kreatinin 67 umol/l [53 - 106], S-Kyselina mčová 262 umol/l [208 - 434], S-Sodík
(Na+) 140 mmol/l [137 - 144], S-Kalium (K+) 4.56 mmol/l [3.9 - 5.3], S-Chloridy (Cl-) 104
mmol/l [98 - 107], S-Vápník (Ca) 2.51 mmol/l [2.2 - 2.55], S-Bilirubin 8.4 umol/l [3
- 19], S-ALT 0.34 ukat/l [0.15 - 0.58], S-AST 0.31 ukat/l [0.16 - 0.55], S-GMT 0.49
ukat/l [0.15 - 0.92], S-Alkalická fosfatáza 2.17 ukat/l [0.66 - 2.4], S-Celkové
bilkoviny 72.3 g/l [62 - 77], S-Albumin 40.8 g/l [32 - 46], S-Beta-Lipoprotein 3.6 g/l
[3.6 - 6.4], S-T3 1.59 nmol/l [0.89 - 2.44], S-T4 103.8 nmol/l [62.7 - 150.8], S-TSH
2.58 mU/l [0.35 - 4.94], S-Glukóza 5.0 mmol/l [4.2 - 5.6], Separace sera 1,
27.3.08-Stolice na K+C:neg.Zobrazovací vyšetření: EKG:25.3.1923-Sin.rytmus,FR 66/min,PQ 0,17,QRS 0,12,QT
0,456,aplanace T aVL,QS V1-V3.Jízva anteroseptálně,st.p.IM.
CT mozku (FNKV): 18.3.08- Závěr: Leukoaraioza.Známky kortikální a periventrikulární
atrofie.Therapie: APO-SERTRAL 50MG, BURONIL 25MG, CONCOR 5, IMAZOL PLUS, OXAZEPAM LÉČIVA,
REMINYL 4 MG, REMINYL PAV. 9,10,24,29,32,34, ZOLOFT 50MG 29,32Fakultativní: úzkost,zmatenost: APAURIN, nespavost: PROTHAZIN, tk nad 160/100 TENSIOMIN
12,5 MGPrůběh: Při přijetí patrný deficit kognitivních funkcí,zvláště provozní paměti,měla
náhled onemocnění,anxieta,nespavost.Zpočátku mírné zlepšení při podávání
antidepresiva,anxiolytika.Později nasazen inhibitor cholinesterázy,po kterém patrný
úspěch,ověřený výsledkem MMSE testu.Pac. bez větší úzkosti,upraven spánek a
vivotospráva.Na ověřovací propustce kladně hodnoceno rodinou zlepšení nálady,klidný
spánek a zlepšená orientace v okolí.Propuštěna zlepšena do amb.péče MUDr. Fleka a
prak.lékařky.Dg.: G301 Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem
Delirium nasedající na demenci.Anxio-depresivní syndrom.
AS univ.ICHS chron.,stp.IM, chron. LBBB
Art. hypertenze II st.
Cholecystolithiasa bezpříznaková.
Emfysem plic.Doporučení: Poslední medikace
OXAZEPAM LÉČIVA 1-1/2-1, REMINYL 8 mg 1-0-0, BURONIL 25MG 0-0-1-1, CONCOR 5 1-0-0

Fakultativní: nespavost: PROTHAZIN 1 drg.

Režimová opatření

D: 3GR

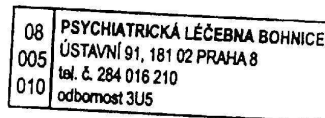
Propuštění dne 18.6.08 v 16.00 v doprovodu rodiny.

2x zpráva.

Léky na 5 dnů s sebou.

v Praze, 18.06.2008

prim. Zuzana Barboríková MUDr., MUDr. Otokar BOHÁČ oš.l.



Psychiatrická léčebna Bohnice
Pavilon 10
Sesterská překládová a propouštěcí zpráva

Jméno: [REDACTED]	Datum: 19.06.2008, 19:26
Rodné číslo: [REDACTED]	Odkud: 10 př.
Chor. č.: 1405/08	Kam: domů
ZP: 111	Příbuzný: V [REDACTED] K [REDACTED]
Opak. hosp. od: 20.03.2008 do 17.06.2008	. dtto,
Na oddělení od: 21.05.2008 do 17.06.2008	
Dg. Delirium nasedající na demenci. An	Příbuzní neinformováni
DV	ZPČ: způsobilý(á)

Hodnocení klienta sestrou

TK: 125/80 P: 80 TT: 36.5 Dieta: 3ML
Dohled na stravu: ne Krmit: ne Pitný režim: dostatečný
Stolice: pravidelná naposledy: 17.06.2008 Inkontinence: ne
Močení: pravidelné Inkontinence: ne
Žilní vstupy: ne Datum zavedení:
Močový katetr: ne Datum zavedení:
Dekubity nemá

Kůže
čistá

Somatický stav dobrý

Psychický stav pacientka orientovaná místem a osobou, časem nepřesně, klidná, spolupracující

Sociální situace žije s manželem

Tělesná soběstačnost a kompenzační pomůcky
soběstačná, zubní protéza, brýle

Režim

Hygiena

dohled

Zvláštní upozornění

Plánovaná vyšetření

Plán ošetřovatelské péče domácí péče

Poslední podaná medikace poledne

PN: nemá	Lístek na peníze: ne
OP: [REDACTED]	Karta ZP: 111
Léky: vydány na 5 dnů	Cennosti: prsten žlutý kov
Ošacení:	Doprava: vlastní

Předal(a): Převezal(a): Vypracoval(a): Jana PRAŽANOVÁ

Projekt: Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití

Akronym: NPV2TP

Č. projektu: MŠMT 2D06013

Program: Sociálně-ekonomický rozvoj české společnosti

Tematická oblast: Stárnoucí česká společnost

Téma: Nové postupy umožňující účinnou a hospodárnou adaptaci zásadní strukturální
proměny české společnosti

Doba řešení: 1.7.2006 – 31.12.2010

Zpráva o průběhu projektu ke konci roku 2009

V roce 2009 jsme dokončovali statistické a kvalitativní **analýzy** získaných dat. Na základě výsledků analýz byly připraveny odborné články, z nichž jeden byl již přijat do renomovaného časopisu (IF 0,425), a dva články čekají na recenzní posudky. Výsledky byly též zapracovány do **metodické příručky Trénování paměti** (PCP, 2009) a **odborné knižní publikace Trénování paměti a poznávacích funkcí** (Grada, 2009). Výsledky se promítly do prezentací a popularizujících aktivit členů týmu (viz níže).

Uspořádali jsme **vzdělávací workshop pro odbornou veřejnost**:

12.10.2009 – 151. klinicko-psychologický den s tématem Trénování paměti, kde se kliničtí psychologové seznámili s nejnovějšími poznatky na poli tréninku kognitivních funkcí u zdravých seniorů, osob trpících demencí i schizofrenií. K dispozici zůstaly volně dostupné některé z přednášek na webu <http://cmps.ecn.cz/?page=kpd> (řešitelský tým, hosté: PhDr. Mabel Rodriguez, PhDr. Josef Vaško a MUDr. Tamara Tošnerová, CSc.; viz níže).

Byla dokončena výroba **dokumentárního filmu**. Vznikly dvě verze lišící se délkou. Dokument byl poprvé odvysílán v rámci pořadu Barvy života dne 13.11.2009 (repríza 14.11.2009). Dokument je k dispozici ke shlédnutí na webu PCP a je nabídnut institucím, ve kterých se provozuje trénování paměti. O filmu jsme informovali při ústním sdělení na Psychologických dnech 2009 v Bratislavě. Film je k dispozici ke stažení v elektronické podobě na webu PCP: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/video/trenovani_pameti.zip.

Dokončili jsme sestřih a výrobu **instruktážního filmu**. Tento instruktážní film je názorným návodem pro osoby zabývající se trénováním kognitivních funkcí, především paměti u seniorské populace. Film je rozdělen do 2 DVD a obsahuje záznam kurzu trénování paměti, který proběhl v rámci výzkumného projektu.

Projekt byl zaregistrován v **mezinárodní databázi klinických zkoušek** Current Controlled Trials (přidělené reg.č.: ISRCTN05615277).

Shrnutí výsledků

Výsledky ukázaly, že trénink paměti měl pozitivní dopad na dílčí výkony v kognitivních testech. Subjektivní hodnocení kognitivních oblastí bylo tréninkem paměti významně pozitivně ovlivněno především bezprostředně po tréninku. Dlouhodobý dopad jednorázového absolvování tréninku nebyl jednoznačně prokázán. Nicméně bezprostředně i dlouhodobě považují účastníci i jejich blízcí absolvování kurzu za prospěšné. Uzavíráme, že trénink paměti má významný pozitivní bezprostřední vliv na dílčí kognitivní výkony i subjektivní sebehodnocení účastníků, že takový trénink lze doporučit seniorům jako jednu z aktivit pro zlepšení kognitivních funkcí i pro podporu sociálních vztahů a jako obecně motivující aktivitu.

Příloha č. 12 - Projekt: Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace

- Tamara Tošnerová: Trénink paměti pohledem klientely Ambulance poruchy paměti
 - Hana Štěpánková: Subjektivní pohled na paměť u starších osob
 - Dana Steinová: Trénování paměti jako efektivní nástroj ke zvýšení sebevědomí seniorů
 - Marek Preiss: Efektivita trénování paměti – výsledky české studie
- 13.10.2009 Vystoupení v České Televizi (Sama doma) - doc. Preiss na téma výzkum paměti a trénink paměti.
 - 14.10.2009 Vystoupení v České Televizi (Sama doma) - Mgr. Štěpánková na téma poruchy paměti a možnosti prevence.

Členka týmu **ing. Danuše Steinová** propagovala trénování paměti a tento projekt na níže uvedených akcích:

- 20.3.09 - Centrum Kontakt Liberec, přednáška;
- 29.5.09 - Celostátní konference ČAE /Čs.asociace ergoterapeutů/, Praha;
- 17.9.09 - Mezinárodní konference: „Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe ACH“, Bratislava;
- 2.10.09 - Charitas Vsetín, přednáška pro pečovatele;
- 2.10.09 - Městská knihovna Vsetín, přednáška pro veřejnost;
- 3.10.09 - Týden duševního zdraví, Rožnov pod Radhoštěm;
- 10.11.09 - Konference Senior Living České Budějovice;
- 10.11.09 - Český rozhlas České Budějovice. Host v pořadu O čem se hovoří;
- 14.12.09 - Trénování paměti - vzdělávání pro ČAS /Čs.asociace sester/, Poděbrady.

Personální změny

1.9.2009 byl habilitován v oboru klinická psychologie vedoucí řešitelského týmu Doc. PhDr. Marek Preiss, PhD. na Univerzitě Palackého v Olomouci. 9.11.2009 složila úspěšně státní rigorózní zkoušku na FF UK PhDr. Hana Štěpánková.

K 1.10.2009 došlo k odchodu PhDr. Evy Dragomírecké z řešitelského týmu a její roli převzala PhDr. Hana Štěpánková. Během roku 2010 dojde k další personální výměně, kdy z týmu odejde RNDr. Daniela Řípková, CSc. a nastoupí Markéta Holubová, B.A.

Plán aktivit na rok 2010

V roce 2010 budou dále **publikovány** výsledky projektu v odborných časopisech.

Členové týmu se budou podílet na **popularizaci** tréninku kognitivních funkcí, zdravého stárnutí a udržení samostatnosti ve vyšším věku **prezentacemi** na vzdělávacích akcích pro odbornou i širokou veřejnost.

Dokumentární film o projektu bude ještě nejméně jednou odvysílán na některé z volně přístupných televizních stanic.

Instruktažní film bude distribuován na základě seznamu vhodných zařízení zřizovaných státem se zaměřením na péči o seniorskou populaci, dále všem aktivním trenérům paměti ČSTPMJ, kteří nabízejí trénování paměti pro veřejnost a bude nabídnut odborné veřejnosti na webových stránkách uchazeče.

Bude připravena a distribuována **informační brožura** o efektivitě trénování kognitivních funkcí a jeho dostupnosti v ČR.

Oba filmy, brožura včetně databáze míst poskytujících trénink paměti budou zveřejněny na snadno dostupném místě na **webu AD Centra PCP**.

Projekt bude **doplňen studií** o kombinaci tělesné aktivity a trénování paměti u menšího souboru seniorů.

Výsledky projektu budou prezentovány a obhajovány na mezinárodním fóru.

Prezentace projektu

Články s dedikací projektu:

- 30.10.2009 byl přijat k uveřejnění v recenzovaném mezinárodním časopise *Educational Gerontology* (IF 0,425) článek s názvem „Decreased self-reported cognitive failures after memory training in a large group“, jenž popisuje dílčí výsledek projektu (Preiss et al., 2009).
- 26.11.2009 byl přijat k recenznímu řízení článek "Modification of subjective cognitive outcomes through memory training in the elderly - 6-month follow up of a controlled trial" do recenzovaného open access časopisu *BMC Geriatrics* (IF 1,96). K datu odevzdání periodické zprávy nebyl znám výsledek recenzního řízení.
- Do časopisu *European Psychologist* byl odeslán článek shrnující objektivní změny v souvislosti s tréninkem paměti. Článek nebyl zařazen do recenzního řízení a bude po úpravách nabídnut do jiného recenzovaného časopisu.
- Do časopisu *Neuropsychological Rehabilitation* byl odeslán článek „Effect of Memory Training on Psychological Well-Being“ o získaných výsledcích v dotazníku SOS-10 soustředěného se na kvalitu života. K datu odevzdání periodické zprávy nebyl znám výsledek recenzního řízení.
- Lukavský, J., Štěpánková, H. Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace. *Psychologické Dny 2008, sborník na CD*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s.1-5 na CD.

Odborné publikace:

- Preiss, M., Křivohlavý, J. Trénování paměti a poznávacích funkcí. Praha: Grada, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7
- Štěpánková, H., Steinová, D.: Trénování paměti. Metodická příručka. Psychiatrické centrum Praha, 2009. 96 s. ISBN 978-80-87142-08-0.

Odborné a vědeckopopulární prezentace:

- 6.-11.7.2009 na konferenci v Oslo, European Congress of Psychology prezentace doc. Preisse o výsledcích projektu na téma „Generalizability of multifactorial memory training in old age“.
- 10.9.2009 na Psychologických dnech v Bratislavě příspěvek Mgr.Štěpánková a Dr.Lukavský o výsledcích projektu. Článek bude uveřejněn v recenzovaném sborníku konference.
- 12.10.2009, Lékařský dům, Praha 2, **151.klinicko-psychologický den: Trénování paměti.**
Kliničtí psychologové se seznámili s nejnovějšími poznatky na poli tréninku kognitivních funkcí u zdravých seniorů, osob trpících demencí i schizofrenií. K dispozici zůstaly volně dostupné některé z přednášek na webu <http://cmps.ecn.cz/?page=kpd>
Program:
 - Marek Preiss: Trénink paměti - historická perspektiva
 - Dana Steinová: Klienti vs. trénování paměti
 - Marek Preiss: Odborníci vs. trénování paměti
 - Jiří Lukavský: Hodnocení efektivity tréninku paměti - změny v kognitivním výkonu
 - Josef Vaško: Skupinové trénování paměti u chronicky nemocných seniorů
 - Mabel Rodriguez et al.: Sledování efektu kognitivní remediacce u schizofrenních pacientů

Metodická příručka trénování paměti

Tato metodická příručka vznikla jako postupný cíl a součást řešení výzkumného projektu MŠMT 2D06013 Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace – efektivita a využití. Východiskem byly mnohaleté zkušenosti zakladatelky České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging a lektorky trénování paměti s celosvětovou působností ing. Danuše Steinové.

Tato příručka má být vodítkem pro design lekcí trenérkám a trenérům paměti, kteří prošli akreditovaným kurzem trenéra paměti, působí při sociálních či společenských zařízeních určených at' již seniorům nebo dalším věkovým kategoriím naší populace. Je zaměřena na trénink zdravé populace, tj. bez závažných kognitivních poruch. Pro lidi trpícími některou formou demence jsou určené programy s rehabilitačním a stimulačním zaměřením.

TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI

1 Východiska

Paměť patří mezi kognitivní neboli poznávací funkce psychiky. Do paměti ukládáme vědomosti, dovednosti i vzpomínky, které tvoří naši osobní historii, naši osobní individuální identitu. Výpadky paměti jsou první známkou počínající demence, které si všimneme sami či si jí všimne okolí. Demence je snad nejobávanější metlou stárnutí, neboť při postupu choroby dochází ke ztrátě identity. Člověk ztrácí svou soběstačnost, autonomii, nakonec si nepamatuje, kdo jsou lidé kolem ani kdo je sám. Proto je mezi staršími lidmi zájem o trénování paměti. Selský rozum říká, že co se necvičí, to zakrní, proto si ti uvědomělí snaží paměť cvičit, aby se bránili negativním projevům stáří a aby napomohli oddálení případného onemocnění demencí. Přestože zatím nebyl kvůli velmi náročné metodologii zcela bezpochybně dokázán vliv kognitivního tréninku na oddálení nástupu demence, dnes již víme, že mentální aktivita i ve starším věku má pozitivní dopad na sebevědomí a také že je i ve starším věku možno naučit se či posílit konkrétní typy procvičované aktivity. I starší člověk se dokáže naučit novým dovednostem ať již manuálním, pohybovým či duševním. Mezi vědci jsou ti, kteří zastávají názor, že je nutné během života vytvářet si určitou mentální či **kognitivní rezervu**. Rezervu, která dokáže kompenzovat po určitou dobu již objektivně prokázané neurodegenerativní onemocnění. Trénink paměti je jednou z cest k vytvoření či vylepšení takové rezervy, je jednou z cest k lepšímu **sebevědomí** a v neposlední řadě i ke kvalitnějšímu společenskému životu.

Obvyklá délka kurzu trénování paměti je **10 lekcí po 90 minutách**, čemuž je přizpůsobena tato metodická příručka. Nicméně trenér paměti může z příručky vycházet i při tvorbě dlouhodobých programů. Zásady a cíle zůstávají stejné, obměňuje se konkrétní náplň jednotlivých sezení a použité metody. U tohoto kurzu se počítá s formou **tužka-papír** z důvodu pravděpodobné nedostupnosti technických zařízení (PC) pro všechny účastníky.

Přístup trenérů paměti má být podle Ing. Steinové angažovaný, tzn. že každý trenér paměti má cítit vlastní odpovědnost za zdar „svých“ studentů, účastníků svých kurzů. Z našich mnohých pozorování vyplývá, že tento přístup je neocenitelný především při práci se staršími seniory či lidmi trpícími některou z forem kognitivních poruch včetně počínající či mírné demence. Jako každá skupinová aktivita je lekce trénování paměti také společenskou událostí, je situací, ve které se odehrávají interakce mezi jednotlivci, kde dochází k tvorbě interpersonálních vztahů. Na základě výzkumů můžeme doporučit i kolaborativní řešení úloh (ve dvojicích).

Důležité pro trenéra paměti je mít neustále v patrnosti, že kognitivní schopnosti účastníků se mohou lišit jednak premorbidně a jednak nerovnoměrným stárnutím, poruchami senzorických funkcí a také možnou kognitivní poruchou, která zatím nemusí být diagnostikována. Proto by vždy trenér měl přizpůsobit náročnost programu, tempo, úkoly a nakonec i hladinu zvuku konkrétní skupině.

Během našeho projektu jsme zjistili, že jednou z věcí, kterou účastníci kurzu trénování paměti oceňují, jsou teoretické poznatky o fungování mozku. Proto by každý trenér měl ovládat základní fakta z neuroanatomie, neurofyzologie a psychologie. Některé základní

údaje uvádíme v této příručce. Nicméně je žádoucí, aby si každý trenér paměti své vědomosti rozšiřoval a průběžně aktualizoval.

Faktická východiska

- Výkon kognitivních funkcí během stárnutí nerovnoměrně klesá.
- Kognitivní funkce jsou nezbytné pro udržení soběstačnosti.
- Kognitivní funkce se dají i ve starším věku rozvíjet cíleným tréninkem.
- Významné je i subjektivní hodnocení vlastních schopností, *self-efficacy*.
- Stereotypy o stárnutí významně ovlivňují kvalitu života a dokonce i délku dožití.
- Subjektivní hodnocení i stereotypy se dají správným přístupem změnit.
- Vhodná je multimodální intervence, která vedle kognitivních cvičení zahrnuje i další aspekty životního stylu, a to pohyb, výživu, sociální vztahy, případně farmakoterapii (podle lékaře).
- Prodloužení soběstačnosti jedince má pozitivní dopad i na jeho okolí, blízké osoby i společnost.

Vize tréninku paměti

- Podpořit účastníky k soběstačnosti
- Pomoci účastníkům v zlepšení jejich pozice na pracovním trhu

Tyto cíle jsou uvedeny jako „ideální“, tj. jako vize, protože by měly být společným konečným cílem nejenom trenérů paměti, ale i ostatních pracovníků, kteří intervenují ve sféře zdravého a aktivního stárnutí, a i cílem všech jednotlivců – stárnoucích občanů. Jsou uvedeny jako „ideální“, neboť příspěvek trenéra paměti může být významný, nicméně nepřímý.

Zlepšení pozice na pracovním trhu se týká věkové kategorie mladších seniorů, jimž fyzické i psychické schopnosti umožňují pracovat. Překážkou v práci tak mohou být především nedůvěra ve vlastní schopnosti, nedostatek odvahy. Trénink paměti nemůže změnit nabídku pracovních míst v dané lokalitě, ale může posílit sebedůvěru seniorů, pomůže jim získat nové strategie učení se novým informacím, a tím zlepšit i jejich schopnost učení se, a tak je podpořit v odvaze a chuti zapojit se do pracovního procesu. Ve chvíli, kdy si člověk věří, že se novým věcem dokáže naučit, nemá takovou obavu z nezvládnutí požadavků kladených na pracovišti.

Cíle tréninku paměti

- Posílit kognitivní funkce účastníků
- Posílit sebedůvěru účastníků
- Naučit účastníky používat mnemotechniky v praxi

Tyto cíle jsou v rámci tréninku dosažitelné a jsou to i důvody, proč lidé do kurzů chtějí chodit. Trenér by měl mít při plánování i realizaci kurzů tento fakt stále na paměti.

Metody

- Teoretické poznatky z oboru neurověd
- Mnemotechniky – popis, příklady a nácvik
- Kognitivní cvičení:
 - cvičení pozornosti
 - cvičení smyslového vnímání
 - logické úlohy, usuzování

- grafomotorické úlohy
- procvičování epizodické paměti
- cvičení krátkodobé paměti
- cvičení využívající dlouhodobou paměť
- „Domácí úkoly“ – pro procvičování v době mezi lekcemi
- Tipy překračující rámec kognitivního tréninku týkající se zdravého a aktivního stylu ve stáří

Obecné zásady

- **Terapie příjemného šoku!**
- Dávejte lidem příležitost vyniknout.
- Neustupujte, protože je něco „příliš těžké“ – dokažte lidem, že na zvládnutí technik i úloh kapacitu mají. Vyžadujte spolupráci a angažovanost účastníků.
- Osobní angažovanost trenéra paměti – úspěch účastníků je Vaší odpovědností.
- Častá kladná odezva – chvalte účastníky za výkony!
- Užívejte humor, s citem!
- Nepracujte s časovými limity, počkejte, až jsou s úlohou všichni hotovi.

Všechny zvolené metody a způsoby jejich konkrétní realizace závisí na volbě trenéra při dodržení celkových cílů kurzu. Trenér zvolí vhodná kognitivní cvičení, podrobnost teoretických informací a způsoby výuky mnemotechnik podle konkrétní skupiny.

2 Zásady vedení jednotlivých lekcí

- Specifikujte cíl lekce.
 - Získejte pozornost.
 - „Co je v tom pro mne“ – proč by se účastníci měli aktivně účastnit, snažit se a k čemu jim nové poznatky a dovednosti budou dobré.
 - Zvládnete to! – povzbuzení sebevědomí, na příkladech.
- Cíl lekce rozdělte do kroků.
 - Připomeňte výchozí poznatky, vyzvěte účastníky k vlastnímu vybavení poznatků, zkušeností, nápadů.
 - Srovnajte nové a předchozí poznatky.
 - Strukturujte lekci.
 - Uvádějte různé příklady, videa, obrázky, nahrávky – názorné učení, sdělení informace prostřednictvím více smyslů je účinnější.
 - Uvádějte příklady využití v každodenním životě, historky, vtipy – humor slouží nejen k odreagování, pomáhá i lepšímu zapamatování.
- Vyzkoušejte osvojení.
 - Procvičujte společně nové poznatky.
 - Posilujte správné odpovědi, výsledky.
 - Ujistěte se, že vše bylo správně pochopeno.
- K dalšímu kroku přejděte jen při úplném pochopení kroku předchozího.
- V závěru stručně zopakujte, co bylo náplní lekce a jaký je domácí úkol.

3 Kognitivní cvičení

V tomto přehledu uvádíme příklady cvičení kognitivních funkcí, jež je možné zařadit do programu kurzů trénování paměti. Cvičení existuje nepřeberné množství a je pouze na trenérovi, která zvolí či vytvoří. Většina úloh a cvičení využívá více domén, modifikovat lze důraz na některou ze stránek úlohy. Např. při popisu známé cesty se můžeme zaměřit na zážitky spojené s místy (epizodická paměť), co se stalo, když tudy dotyčný šel, vyskytoval se tam; sémantickou paměť – jsou s místy spojené některé události, které se ho přímo netýkají, např. z dějin; co mu připomínají názvy míst – kategoriální fluence; soustředit se na pohyb místem, kde se otáčí, kudy spěchá, kam se dívá (důraz na ideomotoriku); jak to na jednotlivých místech vypadá, co se tam nalézá (vizuální paměť a představivost) atd.

Vzhledem k tomu, že epizodická paměť je zřejmě nejvíce ohrožená, zařazujeme do každé lekce cvičení, kterým tento typ paměti povzbudíme. U cvičení epizodické paměti dbáme na stručnost a jasnost vyjádření, nelze ztrácet čas dlouhým vyprávěním, účastníci si nejprve v mysli vybaví děj a pak musí zvolit nejprůběhavější formu jeho sdělení. Další cvičení vybíráme podle potřeb skupiny, pokud vidíme, že některý tip cvičení účastníky baví, zařazujeme ho častěji. Nikdy se ale ničemu nevyhýbáme proto, že je to „moc těžké“.

Trénovaná doména	Příklady cvičení
epizodická paměť (důraz na vlastní prožitek, situaci, pocit, asociaci, atd.)	<ul style="list-style-type: none"> kolečko zajímavých pozitivních zážitků z posledních dnů: 2 věty (Co se stalo? Jak to na vás působilo? Evokovalo to něco z vašeho života?) Co bylo ve veřejších zprávách/televizních novinách? Jak probíhala poslední oslava narozenin (svatba, křtiny, atd.) v rodině?
sémantická paměť	<ul style="list-style-type: none"> vyjmenování položek s jedné kategorie synonyma, antonyma znalostní kvízy (pozor na různou úroveň vzdělání! - nefrustrovat)
učení	<ul style="list-style-type: none"> mnemotechniky nové recepty, pracovní postupy nové básničky, písničky učíme se přímo v lekci (fakta, postupy apod.)
usuzování	<ul style="list-style-type: none"> logické úlohy, kvízy – chybějící nebo přebývající symboly v řadě (čísla, znaky, písmena, slova; podobnosti, opaky)
ideomotorika (motorické úkony prováděné v představách)	<ul style="list-style-type: none"> popsat cestu z bodu A do bodu B (kde se odbočuje, co je po cestě za význačná místa...) představa a popis nějakého pracovního postupu, např. při tvorbě výtvarného díla, zahrady, stavby... cvičení v představách
grafomotorika	<ul style="list-style-type: none"> ořekreslit složitý geometrický útvar ozdobné písmo, „krasopis“
vizuální představivost, vizuoprostorové cvičení	<ul style="list-style-type: none"> interpretace obrázků, obrazců popisování epizodických výjevů se zaměřením na vizuální stránku tangram
vizuální diferenciaci, zpracování informací	<ul style="list-style-type: none"> vyhledávání prvků na obrázku (chybějících, přebývajících) hledání párových obrazců

krátkodobá vizuální paměť (po vizuální expozici)	• hledání cesty z bludiště
	• počítání prvků, pouze zrakově, bez ukazování
	• spojování prvků podle čísel, abecedy apod.
	• zapamatování 15 obrázků z jednominutové expozice
zraková ostrost	• zapamatování 5 znaků patřících k číslům či písmenům
	• zapamatování obličejů
	• popis výjevu obrázku
	• relaxace očí (střídání představy tepla a chladu pro vazodilataci a vazokonstrikci) (Štílec, 2003)

Konkrétní příklady cvičení i s podklady jsou součástí akreditovaného kurzu trenéra paměti. Mnemotechniky jsou zásadní součástí kurzu a s jejich postupy a praktickým využitím jsou účastníci podrobně seznámeni.

V další části se můžete inspirovat k sestavení základního kurzu trénování paměti pro seniory. Design lekcí, které vedou jednotliví lektoři/trenéři paměti, se samozřejmě liší podle složení skupiny trénovaných seniorů i podle osobního zaměření trenéra paměti a jeho osvědčených metod.